



Intimité, affectivité, sexualité et handicap...

Un accompagnement subtil et délicat pour
les éducateurs sociaux.

Mémoire de fin d'études

Réalisé par : Géraldine Maquelin

Directeur de mémoire : Emmanuel Solioz

Remerciements

Je remercie chaleureusement :

Emmanuel Solioz, qui a su me recentrer dans mes « errances » d'étudiante.

Catherine Agthe Diserens pour l'entretien qu'elle m'a accordé.

Christine, pour nos discussions constructives et pour sa relecture.

Chloé, pour sa patience et son aide précieuse dans la mise en page.

Et particulièrement les éducateurs sociaux qui se sont prêtés au jeu des entretiens et sans qui ce travail n'aurait pas été possible.

Résumé

Ce travail de recherche s'intéresse au positionnement des éducateurs et des institutions face au domaine complexe de la vie affective et sexuelle des personnes adultes en situation de handicap mental et ou psychique.

Les personnes en situation de handicap possèdent comme nous tous, une identité multiple : familiale, personnelle, culturelle, mais aussi sexuée et sexuelle.

Si l'on reconnaît aisément que le handicap d'une personne est un élément identitaire mais ne constitue pas *l'identité*, il est encore difficile de lui reconnaître une identité sexuée. Ces personnes ayant un handicap, sont elles aussi des êtres de désir et d'amour.

Après une présentation des concepts théoriques liés à la sexualité, au handicap ainsi qu'au rôle du travailleur social, ce travail met en miroir, par le biais d'entretiens avec des éducateurs, deux approches institutionnelles différentes dans l'appréhension de l'affectivité et de la sexualité de leurs résidants.

Sur la base d'hypothèses et d'indicateurs, nous avons cherché à évaluer si l'accession à la santé sexuelle des résidants variait selon le système de valeurs conceptualisé ou non dans la politique institutionnelle.

Une institution avec concept non formulé qui pratique une politique officieuse d'interdiction de la sexualité peut engendrer plusieurs conséquences. L'intimité peut y être fortement réduite, le rôle du tiers-éducateur est limité à celui de « gendarme de la relation », le concept de santé sexuelle est inexistant, les pulsions sexuelles sont inhibées par l'utilisation de médicament et finalement la considération de « l'autre, différent, qui justifie toute mesure particulière prise à son égard ».

Une institution avec concept formulé dans le domaine de la sexualité inscrit ce thème dans un projet éducatif et fait référence à des valeurs communes. Ce mode de fonctionnement contribue à la mission du travailleur social en ce qui concerne l'épanouissement et le développement des acquis relationnels et psychologiques. Le tiers-éducateur représente un facilitateur et un garant de l'intimité. Le concept de santé sexuelle est pris en compte et les éducateurs travaillent en interdisciplinarité. La position institutionnelle considère la personne en situation de

handicap comme « l'autre moi-même en qui je suis bien obligé de me reconnaître ». Finalement, le droit fondamental de la liberté personnelle est respecté.

Cet ouvrage se termine par des pistes d'action pour une pratique professionnelle qui assimile l'intimité et l'affectivité dans l'accompagnement éducatif de cette population.

Mots-clefs

Affectivité, intimité, sexualité, handicap, positionnement institutionnel, mission du travailleur social, accompagnement éducatif, valeurs.

Les opinions émises dans ce travail n'engagent que leur auteur.

"Le désir est
l'essence même de
l'Homme."

Spinoza

Table des matières

Partie 1	10
1. Introduction.....	11
2. Motivations professionnelles et personnelles.....	11
3. Question de départ	13
Partie 2	15
4. La sexualité	16
4.1 Les éléments du fonctionnement psychique selon S. Freud	17
4.1.1 Le principe de plaisir et de réalité.....	17
4.1.2 La pulsion	18
4.1.3 La libido	19
4.1.4 La thèse de la sexualité infantile.....	19
4.1.5 Le conflit psychique	20
4.2 Les stades du développement psycho-affectif	20
4.2.1 Stade oral	21
4.2.2 Stade anal.....	21
4.2.3 Stade phallique ou génital (de 4 à 5 ans).....	21
4.2.4 Le complexe d'Œdipe.....	22
4.2.5 La période de latence (de 6 ans à la puberté)	22
L'expérimentation du corps et des zones érogènes.....	23
Les jeux symboliques.....	23
L'élaboration des théories sexuelles de l'enfant	24
4.3 La fantasmatisation et le rôle de l'interdit	25
4.4 L'émergence de la notion de pudeur et d'intimité.....	25
4.5 De la puberté à l'adolescence.....	26
4.5.1 La puberté	26
4.5.2 L'adolescence sociale et ses phases.....	27
4.5.3 La sexualité à l'adolescence	27
4.6 La sexualité comme construit social.....	29
4.7 Dimension émotionnelle et affective	31

5. Le handicap	33
5.1 Les déficiences.....	33
5.2 Les incapacités.....	34
5.3 Le désavantage.....	35
5.4 Les macros et les micros situations handicapantes.....	37
5.5 Epidémiologie du handicap en Suisse.....	37
5.6 Processus de construction du handicap selon M.P. Fougeyrollas.....	38
5.7 Typologie des handicaps	39
5.8 Le handicap en tant que construit social.....	39
5.9 La personne adulte en situation de handicap	41
6. Handicap et sexualité	42
6.1 Loi et cadre juridique	42
6.2 Les représentations sociales de la sexualité des personnes en situation de handicap.....	44
6.2.1 En tant que parent	44
6.2.2 En tant que professionnel.....	45
6.3 La sexualité vécue en institution.....	46
6.4 La santé sexuelle	47
7. L'intervention en travail social.....	49
7.1 Les paramètres influençant l'intervention.....	50
7.1.1 L'arrière-plan culturel, personnel et social du travailleur social.....	50
7.1.2 L'arrière-plan théorique, méthodologique et éthique du travailleur social	50
7.1.3 Le contexte organisationnel dans lequel évolue le travailleur social... ..	50
7.1.4 Le positionnement institutionnel du travailleur social	51
7.1.5 La culture professionnelle du travailleur social.....	51
7.1.6 Le rapport qu'a le travailleur social face à la pression des attentes du public sur son travail.....	51
7.2 Définition du rôle de l'éducateur dans un foyer de personnes adultes en situation de handicap	51

7.3 Compétences retenues comme pertinentes dans l'accompagnement effectif et sexuel	52
Partie 3	54
8. La problématique	55
8.1 Introduction	55
8.2 Sexualité, intimité, affectivité et handicap : la problématique.....	57
8.3 Question de recherche	60
8.4 Objectifs de la recherche	60
8.5 Les hypothèses	60
Partie 4	63
9. Méthodologie	64
9.1 Démarche liée aux entretiens de terrain.....	65
9.2 Respect éthique	67
9.3 Canevas de l'entretien semi directif.....	67
Partie 5	70
10. L'analyse des données.....	71
10.1 L'inscription formelle de la sexualité dans le concept d'une institution donnée versus les règles implicites.....	71
10.2 Le sentiment de responsabilité professionnel lié à la sexualité du résidant.....	73
10.3 Inscription de la sexualité dans un objectif éducatif.....	75
10.4 La partie visible de l'expression sexuelle des résidants.....	76
10.4.1 Les éventuelles difficultés rencontrées par les professionnels lorsqu'il y a des manifestations sexuelles.....	76
10.4.2 Les réactions des éducateurs face aux manifestations sexuelles dites « normales ».....	79
10.4.3 Les réactions des éducateurs face aux manifestations sexuelles dites « inadéquates ou déviantes ».....	80
10.4.4 Capacité de partager avec l'équipe éducative.....	83

10.4.5	Position du tiers-éducateur dans l'intimité du résident	83
10.4.6	Administration de médicaments pour calmer les pulsions sexuelles	85
10.4.7	Gestion du double statut adulte/handicapé par l'éducateur	87
10.4.8	Travail de réseau, collaboration et formation interne.....	89
10.4.9	La santé sexuelle vue par les éducateurs.....	90
10.4.10	Assistance sexuelle et sexe tarifé.....	92
10.4.11	Prévention et information sexuelle pour le résident.....	94
10.4.12	Positionnement du professionnel face aux différents types d'expression de la sexualité	95
10.4.13	Influence de l'éducation, des expériences et de l'appartenance socio-culturelle de l'éducateur dans la manière d'appréhender la sexualité des résidents.....	98
10.4.14	Valeurs personnelles et professionnelles liées à la sexualité.....	99
10.4.15	Divergences d'opinions et cohésion de l'action éducative liée à la sexualité des résidents.....	99
10.4.16	Influence du tiers-parent sur les éducateurs quant à l'accession sexuelle des résidents.....	100
11.	Limites de la recherche	101
Partie 6	102
12.	Synthèse.....	103
13.	Conclusion.....	111
Partie 7	115
14.	Bibliographie	116
14.1	Livres.....	116
14.2	Article de périodique.....	117
14.3	Sites Internet	117
14.4	Film	117
15.	Annexes.....	119

Partie 1

1. Introduction

Durant notre dernière période de formation pratique dans un centre de réadaptation psychique, nous avons été témoin à plusieurs reprises de l'impuissance ou de la passivité des éducateurs face à la sexualité des résidants. Cet état de fait nous motive à approfondir la question de la vie affective et sexuelle des résidants adultes en foyer.

Nous avons eu le sentiment que ces derniers manquaient d'information, de prévention, d'intimité et de moyens pour gérer les difficultés que la sexualité peut engendrer. Nous avons également été témoin de relations de pouvoir entre les résidants que nous qualifions de « dérangeantes ». Par exemple, des femmes très passives subissaient des relations sexuelles qui, à notre sens n'étaient pas désirées. Nous avons aussi remarqué une forme de prostitution entre les usagers. Par exemple, des résidentes fournissaient « des prestations sexuelles » en échange de paquets de cigarettes ou autres denrées. Durant ce stage, des résidants ont développé une mycose génitale en même temps, ce qui laisse supposer un échange sexuel assez « libéré » entre certains pensionnaires du foyer et ce, sans protection. Ces personnes ne semblaient pas avoir suivi de programme de prévention ou d'éducation à la santé.

Tout cela se déroulait sous le regard gêné et/ou le sentiment d'impuissance des professionnels.

(À des fins de lecture facilitée, nous parlerons de l'éducateur au sens général, comprenant aussi bien le masculin et le féminin.)

2. Motivations professionnelles et personnelles

Dans notre fonction de travailleur social, nous sommes convaincu de la pertinence de la prise en considération de l'intimité des usagers. L'intimité est un territoire si privé, qu'il nécessite d'en prendre soin avec nuance et délicatesse. La personne en situation de handicap rend la sphère privée plus difficile à préserver parcequ'elle peut s'étendre des soins de bases jusqu'à l'expression, plus au moins concrète, de la sexualité.

L'amour, l'attachement, la tendresse, la communication, l'intimité, le respect de soi et de l'autre donnent un sens à la vie.

Nous pensons que nos valeurs professionnelles d'intégration, d'épanouissement et de valorisation des résidants, passent aussi par la notion de plaisir qu'apporte la dimension sexuelle et affective. Cette notion particulière constitue un des moteurs de notre recherche. La problématique de la procréation ne sera pas traitée dans cette recherche.

La pyramide de Maslow, qui décrit la hiérarchie des besoins, est un outil qui nous oriente dans la réflexion sur l'épanouissement sexuel des personnes en situation de handicap. Maslow voit l'être humain comme un être de besoins. L'individu doit satisfaire chaque stade de la pyramide afin de combler le suivant. Le premier stade est celui des besoins physiologiques qui inclut les besoins vitaux, tels que boire, manger, respirer, dormir, éliminer et avoir des relations sexuelles de qualité. Maslow précise que le besoin sexuel est un besoin primaire et que chaque être humain, malade ou non, doit le satisfaire avant de passer à un autre stade.¹

Les personnes en situation de handicap, comme toutes autres personnes, à certains moments de leur vie, sont interpellées par leur corps. Nous sommes donc sollicités, en tant que professionnels, à travers leurs questions et leurs remarques, mais aussi à travers leurs comportements sexués et sexuels.

Catherine Agthe Diserens le dit très bien, nous citons : « *Lorsque ces personnes s'ouvrent, apparaissent alors beaucoup d'humanité, beaucoup de lucidité et de beauté, de la noblesse...Mais aussi de la tristesse, de la résignation et parfois de la révolte. Et avec combien de courage font-ils face à leurs limites.* »²

Par le biais de ce travail, nous voudrions être capable d'apporter des ébauches de réponses aux besoins sexuels et affectifs de nos bénéficiaires en approfondissant quatre axes de compétences : le savoir, le savoir-être, le savoir-faire et le savoir-devenir.

Durant la formation d'éducateur spécialisé, nous n'avons jamais reçu d'informations concernant le vaste thème de la dimension sexuelle des personnes

¹ MASLOW A., « Vers une psychologie de l'être » (1972) Fayard : Paris

² AGTHE DISERENS C., VATRE F., « Accompagnement érotique et handicaps » (2006) Chronique sociale : Lyon, p.29

en situation de handicap. En tant que futurs professionnels, nous voudrions acquérir des outils et des pistes de réflexion à ce sujet. Au-delà de la prévention et de l'éducation à la sexualité chez les jeunes en situation de handicap, nous voudrions comprendre comment nous pouvons entrer dans une relation d'aide avec les adultes ayant un handicap, dans le but de leur permettre un épanouissement dans leur vie sexuelle et affective. Cette question nous taraude et nous nous réjouissons de l'aborder dans ce travail de diplôme.

3. Question de départ

La sexualité des personnes adultes en situation de handicap mental et/ou psychique représente le thème principal de notre questionnement. Par handicap mental et ou psychique nous entendons les déficiences mentales liées comme par exemple, à la trisomie ou à l'autisme ainsi que les troubles névrotiques et psychotiques. Nous comprenons par « adulte », toute personne majeure civilement, âgée de 18 ans. Cependant, la majorité sexuelle s'élève à 16 ans, mais nous estimons que le développement psycho-affectif n'est pas encore terminé à ce stade. Dans ce cas, il faudrait tenir compte d'autres paramètres, comme celui de l'adolescence, que nous ne voulons pas inclure de manière approfondie dans ce mémoire.

Nous portons alors notre attention sur la vie sexuelle des résidants, mais aussi sur la vie affective et sensuelle de ces derniers. En effet, l'exemple de résidants qui voudraient regarder la télévision en couple et en chambre dans les bras l'un de l'autre ainsi que les démonstrations multiples d'attachement, appartiennent pour nous au domaine de l'affectivité et de l'intimité. Nous nous basons dès lors sur la définition que fait Alan Goldman du désir sexuel : « *désir du contact avec le corps d'une autre personne et du plaisir qu'un tel contact produit (...). Le désir du corps d'autrui est (...) le désir du plaisir qu'un tel contact procure* ».³

De par notre proximité professionnelle quotidienne avec les résidants, nous autres travailleurs sociaux, portons nos interrogations sur ce que nous faisons ou non de cette sexualité et de cette affectivité qui existe bel et bien. Nous sommes parfois

³ OGIEN R., BILLIER J.-C., « Comprendre la sexualité » (2005) puf : Paris, p. 8

intrusifs puisqu'il arrive que nous intervenions dans leur intimité. Nous n'en sommes parfois que témoins. Il arrive alors que nous fermions les yeux pour différentes raisons qui nous appartiennent comme celles du dégoût, d'une référence à notre propre sexualité, de la crainte liée à la procréation ou au manque de contraception, aux maladies sexuellement transmissibles ou à une complication de prise en charge éducative.

La question de départ que nous nous posons et qui constitue l'impulsion de notre travail est :

Quelle place les éducateurs sociaux donnent-ils à la vie sexuelle et affective des personnes adultes en situation de handicap mental et/ou psychique résidant en institution ?

Partie 2

Dans cette partie, nous allons exposer les trois thèmes centraux de notre question de départ. À savoir, la sexualité, le handicap et le rôle du travailleur social.

4. La sexualité

Le mot « sexe » vient du latin *sexus* , « fait d'être mâle ou femelle », ce que l'on appelle communément « le genre ». En d'autres termes, il définit la séparation des sexes, qui est la caractéristique première et principale de la reproduction sexuée. La présence d'une vulve ou d'un pénis déterminera alors le sexe reconnu de l'enfant, le sexe civil.

Accompagné d'un prénom adéquat, ce dernier sera inscrit sur une carte d'identité. Cependant, ce corps sexué n'identifie pas à lui seul l'humain en tant qu'homme ou femme. L'enfant devra intégrer des attitudes et des savoirs-faire spécifiques au groupe auquel il appartient. Cette assimilation liée à la personnalité propre de l'enfant permettra de lui construire son sexe «vécu ou identitaire ». ⁴

La sexualité regroupe l'ensemble des pratiques sexuelles des êtres sexués. Ces mots font référence à la reproduction. Plusieurs facteurs biologiques influencent et renforcent l'instinct de procréation. En effet, hormones sexuelles, zones érogènes principales (vagin, clitoris, pénis...), réflexes spécifiques (érection, éjaculation, lubrification) sont autant de facteurs qui permettent de remplir la fonction de reproduction de la sexualité.

Selon Denis Vaginay⁵, l'acquisition de la posture verticale de l'humain expliquerait la dissociation que nous faisons entre comportements sexuels et procréation. En effet, la femme aurait ainsi éloigné sa vulve du sol, ce qui la rendue hors de portée du nez de l'homme. La fonction olfactive permettant de repérer l'émission de phéromones aurait alors régressé. L'ovulation devenant imperceptible aurait obligé l'homme à multiplier les accouplements pour augmenter les chances de fécondation. On suppose que l'homme aurait mis au point une stratégie favorisant

⁴ POROT A., « Manuel alphabétique de psychiatrie » (1996) puf : Paris

⁵ VAGINAY D., « Comprendre la sexualité de la personne handicapée mentale » (2006) Chronique sociale : Lyon

les nombreux coïts. Il valait mieux que ces derniers procurent du plaisir plutôt que du désagrément, le but étant que ces rapports soient recherchés et répétés.

En quelque sorte, la reproduction chez l'homme est une conséquence indirecte de la recherche du plaisir.

Cette notion de plaisir, nous l'appelons érotisme. Les comportements érotiques ont non seulement l'utilité de permettre à l'Homme de se reproduire mais aussi celle de satisfaire sa recherche de plaisir.

Le mot « érotique » est un emprunt au latin « eroticus », dérivé du grec « erôs, erôtos » qui signifie « *amour et désir sexuel* ». *Il est employé en littérature moderne au sens de « qui traite de l'amour » (code érotique) (...). Il a pris aujourd'hui les sens dominants de « qui a rapport au plaisir et au désir sexuel », « qui a pour sujet le plaisir sexuel » (récit, film érotique)*.⁶

4.1 Les éléments du fonctionnement psychique selon S. Freud

4.1.1 Le principe de plaisir et de réalité

Comme l'expliquent les auteurs de « l'homme en développement », le principe de plaisir est à l'origine du développement. Ce principe économique considère que l'activité psychique s'oriente toujours vers une recherche de plaisir et un évitement du déplaisir. Le déplaisir se traduit par une augmentation d'excitation à l'intérieur de l'appareil psychique. Quant au plaisir, il correspond à une réduction de tension. Le principe de *constance*, c'est le maintien de l'appareil psychique à un niveau constant de tension. À l'opposé, le principe de *réalité* apparaissant lors du développement correspond à une modification adaptative du plaisir. En effet, Freud pense que la recherche de satisfaction passe par les voies les plus directes, mais qu'elle prend en compte la réalité. Ainsi, l'inconscient est soumis au principe de *plaisir* et la conscience-perception à celui de *réalité*.

⁶ REY A., « Le Robert, Dictionnaire historique de la langue française » (1995) : Paris

4.1.2 La pulsion

La pulsion est le moteur de l'activité psychique, la force centrale. Elle se distingue de l'instinct car elle ne correspond pas à un simple « héritage » de notre espèce. Il existe donc des variations d'un individu à l'autre. La pulsion se traduit par une poussée constante puisant sa source dans l'excitation corporelle. Son objectif consiste à supprimer l'état de tension. La faim et la sexualité sont des exemples de pulsions. Une pulsion a une *poussée*, un *but*, une *source* et un *objet*. Le *but* est la satisfaction que la suppression de la tension provoque. La *source* pulsionnelle est le processus somatique dans une partie du corps ou d'un organe. L'*objet*, quant à lui, permet à la pulsion d'atteindre son but.

Freud oppose les pulsions de vie à celles de mort. Les pulsions de vie font référence aux pulsions sexuelles et à celles d'autoconservation. Les pulsions de mort tendent à la suppression de la tension. Ces dernières se manifestent par l'autodestruction et l'agressivité. Selon Freud, le conflit n'est pas la seule relation entre les pulsions sexuelles et les pulsions d'autoconservation. Ainsi, la pulsion sexuelle ne se construit pas d'elle-même, mais s'appuie sur les fonctions physiologiques. C'est un *étayage* dont l'exemple type est le suçotement de l'enfant. En effet, le suçotement, quand il ne répond pas à un besoin de nourriture (fonction biologique), correspond à l'action de la pulsion sexuelle.

Il existe également les pulsions *partielles*. Elles représentent les différentes composantes de la sexualité infantile qui s'unifieront plus tard en une seule pulsion, la pulsion sexuelle. Ces pulsions *partielles* correspondent à des zones érogènes précises (comme anale et orale). Le développement repose alors sur l'unification de ses pulsions au moment de l'Œdipe. On explique certains troubles psychiques graves par une fixation à une pulsion partielle.

En résumé, les pulsions sexuelles sont constituées lorsque les pulsions partielles sont rassemblées en une synthèse plus ou moins complète. Le but de chacune d'entre-elles est l'accès au plaisir d'organes. Et c'est seulement une fois la synthèse des pulsions partielles accomplies que ces pulsions entrent au service de la reproduction.

4.1.3 La libido

La libido désigne une énergie à caractère sexuel. Freud définit la libido comme « *la manifestation dynamique de la pulsion dans la vie psychique en soulignant à nouveau sa dimension sexuelle* »⁷. La libido n'est pas non plus « innée ». Elle se développe en succession des différentes phases de l'organisation libidinale (stade oral, anal, phallique).

La notion de narcissisme amène une complexification de la notion de libido. Le narcissisme représente l'amour porté à soi-même, en d'autres termes, l'investissement du moi comme un objet (estime de soi, soins prodigués à soi-même, préoccupation de son image...). La libido s'investit alors dans deux catégories ne se distinguant que par l'objet: le moi et l'objet investi. L'opposition entre libido narcissique, c'est-à-dire libido du moi et libido d'objet est une clef importante du développement. Freud estime que le début de la vie est caractérisé par un *narcissisme primaire* dans lequel il n'y a pas d'investissement d'objet par le sujet. Ensuite, l'apparition de l'objet permettrait au sujet de se désinvestir lui-même pour investir l'objet. Le *narcissisme secondaire* correspond au retour d'une partie de l'investissement de l'objet au sujet. Le narcissisme n'est pas une pathologie mais un concept nécessaire présent dans toutes les activités psychiques.

4.1.4 La thèse de la sexualité infantile

Freud distingue la sexualité infantile de la génitalité de l'adulte. La sexualité infantile permet justement de constituer la génitalité, mais est basée sur le plaisir et non sur la génitalité. L'activité sexuelle de l'enfant s'exprime par des pulsions partielles comme la masturbation infantile, la rétention de selles ou par des plaisirs liés à l'oralité. Ces pulsions partielles construisent la sexualité de l'adulte.

Le complexe d'Œdipe est le pivot de la sexualité infantile et du conflit psychique.

⁷ BIDEAUD J., HOUDE O., PEDINIELLI J.L., *op. cit.*, p.51

4.1.5 Le conflit psychique

Le conflit est la base du fonctionnement psychique. Le développement du sujet est ramené à la succession de différents conflits. Celui d'Œdipe est considéré comme le plus important. L'évolution du sujet dépend de ses capacités à dépasser les conflits. Freud différencie certains termes du conflit. Ainsi, les conflits internes peuvent être en relation entre désir et défense, entre instances différentes comme le conscient et l'inconscient ou entre libido objectale et narcissique.

4.2 Les stades du développement psycho-affectif

Comme l'évoque J. Bideaud⁸, l'humain naît parfaitement immature. En effet, à l'inverse de beaucoup d'animaux, il doit traverser une longue période d'apprentissages et d'adaptations pour devenir un être mature. Le jeune humain va alors percevoir l'environnement qui l'entoure par l'intermédiaire de son corps et de ses cinq sens. Ces perceptions lui permettront petit à petit de construire son schéma corporel, en d'autres termes, il organisera les sensations captées dans un corps perceptible et représenté. Cette construction va s'opérer au fil du temps et à partir de plusieurs pôles qui constituent tous des échanges réels ou imaginés entre l'intérieur et l'extérieur du corps. Les trois « portes » décrites par S. Freud sont la bouche, l'anus et le sexe.

C. Agthe Diserens précise que les stades du développement psycho-affectif et les démarches parallèles que nous allons citer ci-dessous se transposent à celles que vivent les enfants en situation de handicap. Eux aussi découvrent les théories sexuelles infantiles qui sont cependant, plus ou moins dépassées. Lorsqu'ils sont adultes, ils peuvent avoir parfois des connaissances très approximatives au sujet de leur corps, mais cela ne les empêche pas (pour certains) de vivre une vie sexuelle active.⁹

⁸ *Ibid.*

⁹ AGTHE DISERENS C., VATRE F., « accompagnement érotique et handicaps » (2006) Chronique Sociale : Lyon

4.2.1 Stade oral

Comme son nom l'indique, le nourrisson se nourrit. La zone érogène est constituée du carrefour aéro-digestif. Il découvre et incorpore le monde par la bouche. Selon ce qui lui est bénéfique ou non, il l'avalera ou le recrachera. La bonne nourriture sera alors perçue comme entraînant satisfaction et représentera sa référence de bien-être. A contrario, la mauvaise nourriture (trop chaude, trop attendue etc.) provoquera un mal-être qui se traduira par des pleurs et des tensions corporelles. L'objet original du désir est le sein maternel.

Grâce à l'apparition des dents, il pourra passer de l'échange agréable du sourire et du baiser, à celui, plus agressif, de la morsure. Généralement, il évoluera entre ses deux pôles en trouvant un équilibre permettant de lui procurer le plus grand sentiment d'être, et ce, avec le maximum de sécurité.

4.2.2 Stade anal

Vers 18 mois, l'enfant se concentrera sur son anus, et apprendra petit à petit à contrôler son sphincter. La zone érogène est la muqueuse ano-rectale. Il donnera ou retiendra ses selles. Il remarquera vite que ses choix ont une influence directe sur ses parents. Ainsi, son « don » de selles provoquera satisfaction et félicitations de ses parents et vice versa. Ce dialogue est un modèle d'échange. Dans cette période s'installe également le but passif d'accession au plaisir par des expériences douloureuses : le masochisme.

4.2.3 Stade phallique ou génital (de 4 à 5 ans)

Les pulsions se fixent sur l'appareil génital. L'enfant fait la découverte de son sexe. Il découvre le plaisir sensoriel qu'il obtient grâce au toucher. La masturbation infantile directe ou indirecte, obtenue en se frottant les cuisses par exemple fait son apparition.

Le garçon découvre l'absence de pénis chez sa mère. Il nie d'abord l'évidence. Une fois l'idée acceptée, il a peur de perdre son sexe. C'est l'angoisse de castration. L'angoisse est amplifiée par les parents, qui lui interdisent ou qui tentent de le dissuader de manipuler son sexe. L'enfant a peur qu'on lui coupe la

verge en guise de punition. La fille n'a pas peur de perdre son sexe. Cependant, elle est jalouse car elle voudrait avoir un pénis.

C'est dans cette période que l'enfant commence à poser des questions sur la procréation. L'enfant imagine l'acte sexuel comme un acte dans un rapport de domination. C'est le "fantasme de la scène primitive".

4.2.4 Le complexe d'Œdipe

Le complexe d'Œdipe met en scène l'affection forte que ressent l'enfant pour ses parents. Il se traduit par une attirance de l'enfant vers le parent du sexe opposé et par un sentiment de rivalité pour le parent du même sexe. Cependant, selon D. Vaginay¹⁰, ce processus s'inverserait également et c'est ce qui permettrait la mise en place de l'ambivalence. Grâce à elle, l'enfant ne voit plus les choses de manière « bonne » ou « mauvaise », il sort alors du dualisme radical. Il devient capable d'examiner les choses avec nuance. Les sentiments vécus dans cette période sont généralement refoulés.

L'importance du complexe d'Œdipe se joue dans sa résolution car l'enfant aura intégré les différences de sexes et ses complémentarités. Cette période contribue à l'établissement d'une identité sexuée.

4.2.5 La période de latence (de 6 ans à la puberté)

Cette période se caractérise par un refoulement des pulsions sexuelles. L'enfant devient pudique alors qu'auparavant il pouvait s'exhiber tout nu sans gêne. Cet éloignement provisoire du désir sexuel permet à l'enfant d'avoir d'autres centres d'intérêts. La résolution (partielle) du conflit oedipien lui permet de s'investir dans d'autres relations que celle de ses parents. Une ouverture du champ relationnel s'opère alors. De réelles amitiés peuvent naître. Cette phase lui permet aussi d'intérioriser les valeurs morales. Il devient raisonnable.

¹⁰ VAGINAY D., « Comprendre la sexualité de la personne handicapée mentale » (2006) Chronique sociale : Lyon

Parallèlement à cette période de 0 à 7 ans, dans laquelle s'établit l'identité sexuelle, trois démarches reprises par D. Vaginay¹¹ s'opèrent qui seront déterminantes pour la vie sexuelle future. Nous allons les séparer l'une de l'autre par souci de clarté, mais elles sont, en réalité entremêlées et se nourrissent l'une de l'autre

L'expérimentation du corps et des zones érogènes

L'exploration et la découverte du corps se font dès la naissance. Au début, les sensations lui seront transmises de l'extérieur par un tiers ou un contact et de l'intérieur, par l'intermédiaire de l'activité viscérale. Ensuite, l'enfant se tourne vers des sensations qu'il active lui-même. Il devient volontaire et cherche l'autostimulation. Il privilégiera la zone la plus sensible en fonction de son âge, correspondant aux différents stades cités en dessus. Cette stimulation procure du plaisir à l'enfant. De ce fait, il poursuivra cette démarche dans le but d'une bonne connaissance de son corps et de son implication dans la relation.

Ce processus correspond à la masturbation sexuelle infantile. Cette activité solitaire est normale, utile et va permettre à l'enfant de définir les zones qui seront pour lui source de plaisir. Ses choix dépendront notamment des réactions de ses parents et des adultes en général lors de ces séances de stimulations. Ainsi, le sentiment de culpabilité lié à ces expériences, et surtout, le plaisir éprouvé à transgresser, ajouté aux sensibilités individuelles lui permettront de définir les sources de son plaisir sexuel.

Les zones érogènes qui déterminent la vie sexuelle de l'adulte ainsi que ses choix et orientations sont issus des premières expériences exposées ci-dessus.

Les jeux symboliques

Les jeux font partie intégrante de l'univers d'un enfant. Au début, ils sont de simples exercices du corps, mais très vite, le jeu devient symbolique. L'enfant va imiter, va faire « comme si ». Comme l'explique D. Vaginay¹², ce processus lui

¹¹VAGINAY D., *op. cit.*

¹² *Ibid.*

permettra d'explorer différentes places dans les relations humaines, notamment celles qu'il s'imagine adopter plus tard. Ces jeux contiennent souvent une dimension sexuelle qu'elle soit explicite ou latente. Les jeux les plus fréquents sont : « On joue au docteur », « On joue au papa et à la maman » ou encore, « On joue à la maîtresse ». Ces trois jeux démontrent à l'enfant son immaturité actuelle et lui permettent de l'accepter.

Les jeux sexuels peuvent se traduire par une simple exhibition des parties génitales ou peuvent aller jusqu'à la simulation d'un coït, la pratique de caresses buco-génitales, voir même des tentatives de pénétration. Cela dépend des modèles qui ont été mis à leur disposition. Cette exploration mutuelle relève d'une saine curiosité et correspond à un désir d'expérimentation. L'adulte ne devrait pas y voir de l'érotisme et de la perversion. Dans un contexte de consentement mutuel des enfants, l'intervention des parents se justifie rarement. Ces pratiques sont normales et les actes les plus « poussés » sont presque toujours vécus avec culpabilité, ce qui permet de structurer les émotions de l'enfant et lui permet d'aller vers une sexualité responsable.

L'élaboration des théories sexuelles de l'enfant

L'enfant est très vite intrigué par la conception et la naissance des bébés. Il ne possède pas encore les capacités conceptuelles pour y répondre mais c'est au stade du complexe d'Œdipe que les premières hypothèses sont élaborées. Lorsque l'enfant demande un petit frère ou une petite sœur, il pose les bases de son propre désir d'enfants. Confusément, il n'envisage pas encore de le faire autrement qu'avec ses parents.

L'enfant élabore alors différentes théories qui reprennent les zones érogènes comme point de départ. Ainsi, il n'est pas rare qu'un enfant associe un baiser sur la bouche à la conception d'un enfant ou l'anus comme orifice d'accouchement.

4.3 La fantasmatique et le rôle de l'interdit

Comme le dit D. Vaginay¹³, la construction de l'identité sexuelle se développe dans la relation à l'autre. Grâce au langage, elle permet d'y mettre des mots. L'intégration des connaissances est mise en scène par l'individu. Il cherchera à se mettre dans les situations qui lui procureront le plus de plaisir. À l'âge adulte, ces scénarios se stabilisent sous forme de fantasmes qui alimenteront la vie sexuelle. Comme pour la masturbation infantile, ces fantasmes seront stéréotypés et n'évolueront que très peu.

Ce processus démontre que la sexualité s'établit à partir de codes sociaux et familiaux transmis et modifiés plus ou moins profondément par l'enfant lors de leur intégration.

L'interdit joue un rôle prépondérant car il démontre que dans la sexualité, tout ne se fait pas et que ce qui se fait ne se fait pas n'importe comment.

L'acte sexuel est donc une relation apprise et acquise. La sexualité de l'individu implique alors ceux qui sont intervenus dans l'élaboration de l'identité sexuelle, c'est-à-dire, essentiellement les parents.

4.4 L'émergence de la notion de pudeur et d'intimité

Au début de la vie, l'enfant est centré uniquement sur sa personne et n'est pas gêné par lui-même. Ensuite, il prêtera attention à l'extérieur et remarquera que son appareil génital lui appartient et relève d'un domaine particulier. Il comprend que le dévoilement de ses parties génitales implique une intentionnalité. C'est la naissance de la séduction au sens sexuel du terme. À cet instant, montrer son sexe devient une invitation à des jeux sexuels qui ne peuvent se dérouler devant témoins. L'enfant devient alors pudique. Ce sentiment de pudeur correspond à l'intégration de l'association entre nudité et séduction et entre sexe et sexualité. Il éprouve alors un sentiment de honte et de gêne à l'idée de se dévêtir en public.

La société quant à elle, incite à cacher ou à montrer certaines parties du corps. Elle définit les conditions dans lesquelles ces dernières sont érotisées. Elle

¹³ VAGINAY D., *op. cit.*

encourage et définit alors certains comportements séducteurs et participe à l'élaboration de jeux érotiques.

La pudeur est importante car elle permet l'érotisation du corps. Elle rend mystérieuse la découverte de ce dernier et provoque un sentiment léger de transgression qui est favorable à l'approfondissement de la relation.

Certes la honte vient du regard de l'autre, mais la pulsion sexuelle existe bel et bien et ne peut être niée. L'enfant devenant pudique va croire que l'adulte le « voit ». Il apprendra alors à faire le partage de la vie privée et la vie publique en se soustrayant au regard de l'adulte.

L'intimité représente ce qui est privé. Elle est au plus profond de nous et nous ne la révélons qu'à très peu de personnes ainsi que dans des circonstances particulières. Car révéler son intimité nous rend fragile envers les autres, nous le faisons dans des vraies relations de confiance. Dans cette situation-là, cela provoque un sentiment de bien-être et de grand partage. Cela évoque des relations archaïques telles que celles du nourrisson envers sa mère.

L'irruption dans l'intimité de l'autre est une agression perçue comme un viol et repose sur le non-respect de la personne. Les parents doivent être attentifs à cela lorsque l'intimité de leur enfant se construit.

4.5 De la puberté à l'adolescence

Puberté vient du mot latin *puber*, qui désigne le « poil ». *Adolescence* vient du verbe latin *adescere* qui signifie « croître »¹⁴. Ces deux notions nous renvoient à l'étape du développement de l'apparence physique et de la maturation sexuelle. La puberté représente le coup d'envoi de l'adolescence.

4.5.1 La puberté

Lorsque les poils (pubis, aisselles, barbe) commencent à pousser, le signal des modifications physiologiques est donné. L'enfant deviendra alors capable de procréer. La fille aura ses règles et le garçon des éjaculations.

¹⁴ BIDEAUD J., HOUDE O., PEDINIELLI J.L., *op. cit.*

L'âge de la puberté varie. En Occident, la puberté se situe entre 9 et 13 ans chez les filles et entre 10 et 14 ans chez les garçons. Si les sécrétions hormonales favorisent indéniablement les besoins sexuels, elles ne font pas tout. Comme l'explique D. Vaginay, pour que l'activité hormonale déclenche des pulsions sexuelles, il faut également des conditions psychologiques et sociales favorables. Auparavant, la venue de la puberté induisait une rapide entrée dans la vie active de l'adulte aussi bien professionnellement que familialement. De nos jours, il y a un allongement de la phase de l'adolescence. L'allongement des études et la contraception peuvent expliquer ce reculement de la procréation.¹⁵ En même temps, la puberté cognitive se développe. L'approche piagétienne (opérations formelles) explique cela, mais nous n'avons pas jugé utile de l'exposer ici.

4.5.2 L'adolescence sociale

L'adolescence sociale précède l'âge adulte et succède l'enfance. Cette phase correspond au moment où la société et l'adolescent lui-même se reconnaît comme adulte. Selon D. Vaginay, dans les sociétés traditionnelles, ce moment est ritualisé. Ces rites de passage permettent à l'individu de changer officiellement de statut social. Ici, on ne peut pas vraiment parler d'adolescence puisqu'il existe un passage très bref entre l'enfance et l'âge adulte. Ce modèle permet d'atténuer l'angoisse due à la métamorphose. Dans les sociétés modernes, grandir demande d'inventer son propre modèle. L'angoisse est alors très présente puisque toute modification devient menaçante.¹⁶

4.5.3 La sexualité à l'adolescence

C'est la fin de la période de latence. Selon Freud, les manifestations pulsionnelles et l'excitation sexuelle sont déterminantes dans les changements à l'adolescence. Les pulsions partielles, mentionnées plus haut, coopèrent maintenant entre elles, c'est la naissance de LA pulsion sexuelle. Nous l'avons vu, avant cette période, le

¹⁵ VAGINAY D., *op. cit.*

¹⁶ Ibid.

plaisir était essentiellement axé sur l'auto-érotisme. À l'adolescence, l'objet sexuel se découvre. Cette découverte chemine de la fixation sexuelle sur soi à la fixation sur l'autre. Cette étape amènera la sexualité infantile à sa forme normale et définitive. La masturbation reste toutefois une activité sexuelle normale chez l'adolescent. D'après le psychanalyste M.Laufer, la masturbation permet à l'adolescent d'éprouver des sensations sexuelles et des fantasmes qui correspondent à sa maturité et à l'exploration de son propre corps.¹⁷

À ce stade, l'adolescent va s'approprier des modèles. Ainsi, tantôt il rejettera les modèles sous une forme négative, tantôt il les intégrera pour les mettre au service de lui-même et de son groupe d'appartenance. Ce processus est complexe. D'abord, il s'éloigne de la sphère familiale, de la dépendance et de la passivité pour se détacher de l'enfance. Ensuite, on le verra, dans cette quête identitaire, adopter des voies fantaisistes et provocantes ou alors relativement conformes et sages. Ce choix des voies empruntées (sage ou provocante) va considérablement dépendre de son sentiment plus ou moins menaçant de rester enfermé dans son statut d'enfant.

Cette période permet aussi à l'adolescent de se faire sa propre opinion car l'intelligence s'accroît et se modélise dans sa logique.

L'adolescent est fragilisé car il détruit sa première image d'enfant pour en réinventer une seconde d'adulte.

Selon Freud, l'adolescence réactive le complexe d'Œdipe. A partir de la puberté, le jeune se détache de ses parents. Par exemple, le fils va se détacher de ses désirs libidineux envers sa mère pour les rapporter sur un objet étranger. Il se réconciliera avec son père. Ce travail psychologique de l'adolescence aboutit à une acceptation des changements et à un renoncement à l'enfance.

Cette période est également celle de la confirmation de l'identité sexuelle. Au-delà de celle d'être homme ou femme, celle de l'inclinaison entre homo ou hétérosexualité se précise.

Les comportements sexuels ne sont pas séparés des sentiments amoureux, mais n'y sont pas toujours étroitement associés. Les deux sont expérimentés par

¹⁷ BIDEAUD J., HOUDE O., PEDINIELLI J.L., *op. cit.*

l'adolescent de manière plus ou moins dissociée. La coéducation des sexes à la contraception dissocie l'acte sexuel de la procréation et peut amener à une certaine banalisation de l'acte sexuel. Dans ce contexte, certains adolescents considèrent les rapports sexuels comme des actes d'hygiène qu'il pratique sans implication. Bien entendu, les premières démarches à connotation sexuelle sont loin de se résumer à ce seul phénomène. Les jeunes expérimentent des jeux d'approches qui leur permettent progressivement d'appivoiser leurs émotions. Ils approchent alors l'autre sexe de plus près et expérimentent les gestes amoureux.

4.6 La sexualité comme construit social

Il est commun d'analyser et de décrire la sexualité par le biais de l'anatomie, la physiologie, la biologie et la psychologie. La sexualité est souvent associée à des comportements sexuels pulsionnels. Cet instinct oblige chacun à apprendre à contrôler ses pulsions.

Comme l'écrit M.L. Derof, la société produit des normes qui régissent cette activité charnelle. Elle dicte ce qui est bien ou mal de faire. Ces normalités définissent en même temps les anormalités, les déviances et les pathologies. Les comportements jugés anormaux par la société sont changeants puisqu'ils dépendent de l'époque dans laquelle on les inscrit. Ils peuvent être définis comme anormaux du fait de leur dangerosité, de leur transgression légale, mais parfois également car la société les juge contre-nature, ce qui implique que la sexualité est l'expression de la nature. Pourtant, les règles communautaires qui tentent de la canaliser appartiennent à des constructions sociales, historiques et culturelles.¹⁸

Selon M. Godelier, l'anthropologie démontre que la sexualité a un caractère social et culturel. En effet, chaque société établit des modes de régulation et de contrôles des relations sexuelles, mais les représentations, les règles et les croyances changent considérablement d'un pays à l'autre. Ainsi, l'inceste est interdit dans certaines sociétés alors que, dans d'autres, il est permis et même

¹⁸ DEROF M.-L., « Homme femme : la part de la sexualité » (2007) Presses universitaires de Rennes : Rennes

revendiqué comme un privilège pour des personnes qui s'estiment au-dessus des lois car descendant des dieux. Au Pérou¹⁹, par exemple, on connaît des cas d'inceste royal. En effet, chez les Incas il arrivait que le frère épouse sa demi-sœur. Dans notre société, nous avons prétendu à des incompatibilités génétiques pour interdire l'inceste. Or, l'inceste a été pratiqué pendant des milliers d'années. Les mariages entre cousins vivant au sein d'une même communauté étaient permis sans qu'il y ait plus de malformations.

L'histoire nous permet alors de constater que les pratiques sexuelles sont étroitement liées à l'histoire des mentalités, elles-mêmes liées aux systèmes culturels, aux valeurs et aux croyances. Nous pouvons donc affirmer que l'expression de la sexualité est un fait social.

À notre époque et dans notre société occidentale, la sexualité est dissociable de la procréation, c'est un espace d'expression libre mais plus ou moins légitime. Ainsi, différentes configurations peuvent être vécues (homosexualité, relations conjugales, relations sans lendemain...). La sexualité est alors l'expression d'un lien à autrui.

La sexualité reste un concept tabou au sein de notre société. Le mot « tabou » trouve son origine dans la langue polynésienne : « tapu », qui signifiait l'interdit sacré. Sa fonction est d'ériger une barrière entre les humains et le domaine du sacré.²⁰

Dans notre société, le tabou correspond à un interdit d'ordre moral ou religieux. Freud relie ce mot à des comportements sexuels qui outrepasseraient la morale. En psychanalyse, le tabou est essentiellement lié à la sexualité. Le tabou de l'inceste est le plus courant. En effet, la pratique de relations sexuelles entre membres d'une même famille constitue un interdit fondamental dans notre société. Elles sont punissables par la loi. Sa transgression conduit à une perturbation de l'ordre des générations. Symboliquement, c'est l'ordre du monde qui se voit perturbé. Dans ce cas, le tabou peut être bénéfique.²¹

¹⁹ GODELIER M., « Sexualité et société » (avril 1997) Hors série sciences et avenir, pp. 90-93

²⁰ fr.wikipedia.org/wiki/Tabou

²¹ www.psychologies.com/dictionnaire-psy.cfm/definition/110/Tabou.htm

Selon M.Godelier, les primates n'ont jamais couvert leur sexe. Par contre, toutes les populations humaines ont fait acte de pudeur. Les humains ont des codes qui représentent des comportements pudiques. Le tabou du sexe nous démontre également que dans toute société, la sexualité constitue une source de conflits potentiels entre groupes et individus entraînant un contrôle social.²²

L'identité sexuée est un construit social. Selon le sociologue Marc Préjean²³, nos corps et nos émotions n'apparaissent pas si personnels que nous pouvons le penser. L'auteur expose aussi le genre comme le résultat d'une construction sociale. Ainsi, la société catégorise les sexes : le garçon sera conditionné à jouer à la guerre et la fille le sera à bercer sa poupée... Au surplus, la société induit et oppose les émotions liées à tel ou tel sexe (par exemple agressivité et douceur).

Les rapports sexuels sont alors le produit des fantasmes socialement construits avec l'interprétation des rôles et non ceux de la simple « chaire ».²⁴

On comprend ici que ces codes perpétrés par le processus de socialisation offrent un traitement, des expériences et des émotions différentes selon la catégorie (homme ou femme) à laquelle on appartient.

Nous pouvons dès lors nous interroger à propos du concept même d'identité, puisqu'elle serait influencée par les mécanismes de contrôle et de régulation des sexes que notre société impose à bas bruit.

4.7 Dimension émotionnelle et affective

Jusqu'ici nous avons abordé différents stades et aspects de la sexualité sans évoquer le versant émotionnel qui accompagne la vie affective et sexuelle. Cet élément est central, voir fondamental dans une relation privilégiée.

Joies et peines colorent le quotidien de celles et ceux qui s'apprécient autrement que dans une relation neutre ou d'indifférence. Les codes de séduction passent par les émotions. Leur réception est facilement perceptible mais variable en intensité émotionnelle d'un sujet à l'autre.

²² GODELIER M., *op. cit.*

²³ <http://id.erudit.org/iderudit/057835ar>

²⁴ OGIER R., BILLIER J.-C., « Comprendre la sexualité » (2005) puf : Paris

Tristesse, peur, colère, joie sont vécues selon un événement, une attitude, une parole, un comportement qui va influencer l'humeur et qui par conséquent va donner un signe à l'autre. C'est ainsi ! Entre partenaires intégrés dans la société, comme entre partenaires en marge de la société ou comme entre partenaires résidant dans une institution.

Désirer et se sentir désiré, aimer et être aimé procure un sentiment de plénitude et d'épanouissement réjouissant qui renforce l'estime de soi. L'autre devient un miroir qui nous renvoie le reflet de son regard. Dans le cas d'une relation amoureuse harmonieuse, le/la partenaire nous renvoie une image positive.

A relever que les personnes en situation de handicap sont fragilisées à cet égard : parce qu'elles ne sont pas autonomes, parce qu'elles n'ont pas de situation sociale ordinaire, parce que certaines ne ressemblent pas physiquement à la majorité, parce qu'elles peinent à soigner leur apparence et souffrent d'une image d'elles-mêmes perturbée.

Ces personnes n'en restent pas moins des êtres de désirs et de relation qui manifestent des connivences et des attractions affectives et/ou sexuelles. N'est-ce pas un droit inaliénable au genre humain ?

Dans une relation érotisée, les cinq sens sont en émois : toucher, sentir, voir, entendre et goûter sont tant de clefs qui permettent de rester en contact avec soi-même et de ressentir l'autre. N'est-ce pas cette tension qui tire vers le haut et comble le manque qui sous-tend le désir dans la recherche de plaisir? (cf p.10) A ce stade, l'intimité est vécue comme « le bouquet final d'un feu d'artifice ».

Le professionnel peut avoir peur d'une trop grande proximité corporelle chez les résidents, d'une part parce que le plaisir érotique appartient au domaine de l'intime et qu'il est parfois perçu comme honteux et d'autre part, parce que ce plaisir ne remplit pas forcément la fonction de reproduction qui est risquée dans ce groupe de population.

Nous avons vu plus haut que la vie amoureuse génère des émotions fortes, mais que celles-ci méritent d'être contenues dans une juste mesure afin de ne pas éclabousser l'autre. Émotions et raison se justifient. On peut dire qu'il devrait y avoir une éthique des émotions dans laquelle chacun/e assumerait sa responsabilité émotionnelle, qu'il s'agisse du professionnel ou du résident.

Dans le contexte qui nous intéresse, l'apprentissage du contrôle des émotions associé à celui des pulsions sexuelles, représente une difficulté supplémentaire pour l'éducateur. Ce dernier doit gérer ses propres émotions engendrées par celles du résidant et dans la mesure du possible, apprendre simultanément à contenir celles de la personne porteuse du handicap. Il arrive souvent que l'expression émotionnelle soit dramatisée ou disproportionnée par rapport à la réalité.

C'est pourquoi nous osons nous questionner sur « l'impératif d'une réflexion institutionnelle », cherchant des possibilités d'accession à une vie affective et /ou sexuelle acceptable et recevable auprès des personnes en situation de handicap mental ou psychique résidant en institution spécialisée.

5. Le handicap

Le concept de handicap est difficilement définissable par la population, car trop souvent connoté affectivement. Cependant, l'OMS a mis au point certains documents permettant d'utiliser un vocabulaire international commun. Il en résulte trois notions centrales :²⁵

5.1 Les déficiences

Ce terme inclut les troubles et les pertes de substance. Il peut être inné (congénital) ou acquis. Les déficiences illustrent toute altération du corps, de son esthétisme, ou une anomalie fonctionnelle ou organique. La déficience correspond alors à « *toute perte de substance ou altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique* ».

²⁵ Note de cours, SOLIOZ E., Concept handicap

Selon INSERM (institut international de la santé et de la recherche médicale), les types de déficiences sont catégorisés ainsi :

- *Intellectuelles*
- *Psychiques*
- *Langagières*
- *Auditives*
- *Oculaires*
- *Autres organes*
- *Squelette-soutien*
- *Esthétiques*
- *Générales sensibles et autres*

Les déficiences peuvent être multiples et variées. Ainsi, une trisomie peut être accompagnée d'une déficience cardiaque et respiratoire.

5.2 Les incapacités

Ce terme représente les perturbations de l'individu lui-même. En d'autres termes, ce sont ici les conséquences des déficiences dans l'activité fonctionnelle de la personne. L'incapacité « *correspond à une réduction -résultant d'une déficience partielle ou totale - de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou, dans les limites considérées comme normales pour un être humain (même âge, même sexe, même facteurs sociaux et culturels)* ». ²⁶

Les incapacités sont manifestées par l'excès ou la diminution des comportements ou des activités normales. Ces altérations peuvent être éphémères ou non, réversibles ou irréversibles et progressives ou non.

²⁶ *ibid.*

L'INSERM distingue à nouveau des types d'incapacités :

- *Comportement et réaction*
- *Communication (compréhension, outils, moyens)*
- *Soins corporels*
- *Locomotion (mouvement, auto-protection du corps)*
- *Utilisation du corps*
- *Maladresse (préhension, motricité fine)*
- *Révélees par les situations de vie (intolérance à la température, bruit, lumière)*
- *Autres*

La délimitation d'une incapacité ne se centre pas sur la personne mais sur son activité. Il s'agit d'employer un verbe d'action.

5.3 Le désavantage

Handicap vient de l'expression anglaise : « hand in cap » qui se traduit par « main dans le chapeau ». Au XVII^e siècle, c'était un jeu de hasard. Au siècle d'après, le handicap fut associé aux courses de chevaux. Ce terme définit le désavantage de distance, de poids, de temps etc. imposé au concurrent pour qu'il soit désavantagé par rapport aux autres.

En psychologie, « le handicap » remplace, par extension, celui « d'infirmité ». Ce terme désigne alors un désavantage psychosocial que doit compenser un individu déficient (par rapport à la « normalité »).

En 1989, *Les règles pour l'égalisation des chances des personnes handicapées* édictées par les Nations Unies stipulent : « *Le handicap est fonction des rapports des personnes handicapées avec leur environnement, il surgit lorsque ces personnes rencontrent des obstacles culturels, matériels et sociaux qui sont à la portée de leurs concitoyens. Le handicap réside alors dans la perte ou la limitation des possibilités de participer, sur un pied d'égalité avec les autres individus, à la vie de la communauté* ». ²⁷

²⁷ AGTHE DISERENS C., VATRE F., *op. cit.*

Dans ce contexte, le désavantage qu'apporte la situation de handicap dépend des valeurs sociales existantes. De ce fait, les réponses et les comportements des personnes qui ne sont pas en situation de handicap influencent profondément la construction de l'ego et les possibilités de futur pour un individu en situation de handicap.

Le handicap est alors un phénomène social puisqu'il décrit les conséquences sociales ou contextuelles causées par une déficience et/ou une incapacité. La notion de handicap est arbitraire puisqu'elle dépend des normes d'une société précise à un moment donné, du niveau de développement de la société dans laquelle évolue la personne en situation de handicap et du niveau de tolérance de la différence au sein même de cette société. Ainsi, selon Mike Oliver, « *le handicap ne peut être envisagé en dehors de l'univers social qui le produit; il n'existe pas à l'extérieur des structures où il est placé et des significations qui lui sont données.* »²⁸

Selon l'INSERM, les types de handicaps sont :

- *L'orientation*
- *L'indépendance physique*
- *La mobilité*
- *L'occupation (professionnels, loisirs...)*
- *L'interaction sociale (voisinage, famille...)*
- *L'indépendance économique (salaires, rentes...)*

Le handicap n'est en aucun cas une constante. Certes, il constitue une gêne dans une circonstance précise mais pas de manière permanente. Il est le résultat du croisement entre les limites de capacité de l'individu et les facteurs sociaux qui l'entourent. De ce fait, des personnes ayant des capacités fortement réduites peuvent présenter peu de handicap grâce à des structures socioculturelles compensatoires. Par exemple, des fauteuils roulants, des rampes, etc. A

²⁸ <http://id.erudit.org/iderudit/008285ar>

contrario, des individus ayant des capacités moins limitées peuvent se retrouver fortement handicapés par un manque de compensations socioculturelles.

5.4 Les macros et les micros situations handicapantes

La vie courante, les loisirs, la formation, la profession, la famille-proximité et les activités sociales et professionnelles sont tant de macro situations qui handicapent l'individu concerné. À l'intérieur de celles-ci, il existe des micros situations handicapantes. Ainsi, faire le ménage, les repas, les courses etc. peuvent elles aussi mettre la personne en situation de handicap.

5.5 Epidémiologie du handicap en Suisse

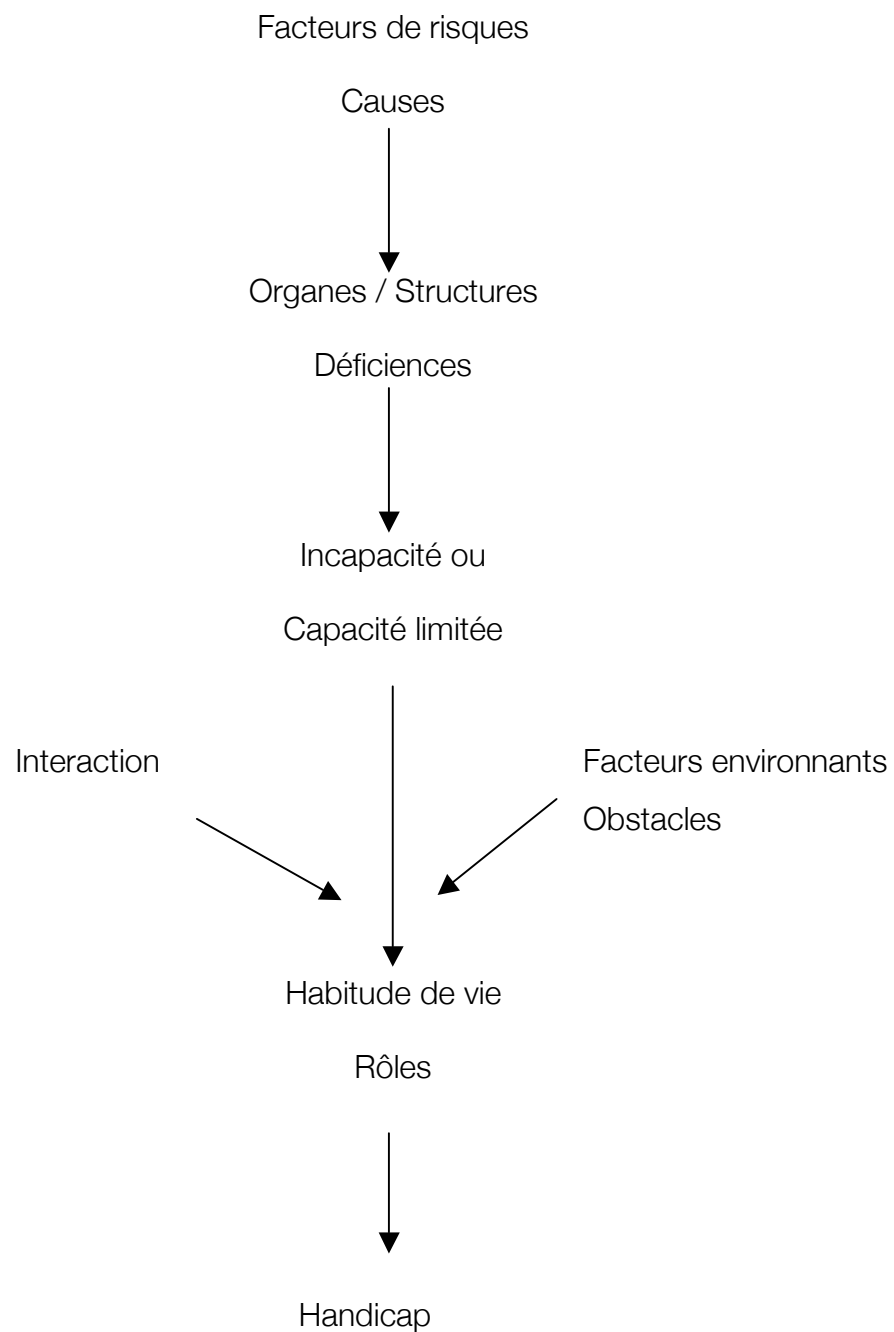
Les résultats de l'année 2008 de l'Office fédéral de la statistique ne sont pas encore parus. Cependant, la même source a publié les chiffres de 2007. Le nombre total de clients, pour cette année, admis en établissement spécialisé pour personnes handicapées en Suisse, s'élève à 4.9 ‰, soit, 36'971²⁹ personnes. Notre population-cible au niveau des résidants se situe dans ce que l'on peut appeler « la fleur de l'âge », soit les personnes ayant entre 20 et 64 ans. Dans cette tranche d'âge, 25'803 personnes résident en établissement spécialisé en Suisse.

La population totale dans cette tranche d'âge est de 62.1%, soit 4'715'559,8 clients.³⁰ En proportion, cela veut dire que les personnes âgées de 20 à 64 ans admises en établissement spécialisé correspondent à 0,547% de cette population.

²⁹ <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/04/02/key/02.html>

³⁰ <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/02/blank/data/02.html>

5.6 Processus de construction du handicap selon M.P. Fougeyrollas



Selon l'anthropologue québécois M.P. Fougereyrollas, le processus de production du handicap intègre la dimension culturelle et environnementale. Il considère l'individu agissant dans son milieu réel et dans sa culture.³¹

Les facteurs de risques/causes représentent les *déterminants*. Les organes ou les structures touchés vont caractériser *les déficiences*. Ces dernières entraîneront ou non *des incapacités*. *Les facteurs environnementaux* viendront alors se greffer par-dessus de manière plus ou moins forte. La situation de handicap représente dès lors *l'interaction* entre les déficiences, les incapacités et les obstacles. Ce sont *les habitudes de vie* qui sont les indicateurs de la réelle situation de handicap : réalisation des activités quotidiennes, domestiques et rôles sociaux.

5.7 Typologie des handicaps

Handicaps sensoriels : cécité, surdité, mutité

Handicaps moteurs : paralysie, infirmité motrice ou cérébrale

Handicaps mentaux et psychiques : notamment arriération, débilité, troubles névrotiques et psychotiques

Handicaps en lien avec des maladies chroniques : notamment asthme, diabète, tuberculose, insuffisance respiratoire, démence, mucoviscidose.

L'intensité permet aussi de mieux définir les handicaps car cela tient compte des répercussions physiques et sociales. Ainsi on détermine si le handicap est léger (n'entravant pas les potentialités de développement, permet une indépendance), si le handicap est moyen (demandant une intervention mais avec possibilité d'intégration) et si le handicap est profond (entraînant la dépendance totale).

5.8 Le handicap en tant que construit social

Pour éviter de généraliser à tout va, il faut bien comprendre que le handicap repose sur un construit social. En effet, bon nombre de représentations sociales stigmatisent et restent chargées émotionnellement. De ce fait, la personne en

³¹ www.bibl.ulaval.ca/doelec/pul/chap11.html

situation de déficience intellectuelle sera étiquetée « arriérée », de même que la personne atteinte d'une maladie mentale sera catégorisée « folle », etc.

Il est alors essentiel d'avoir une approche différenciée du handicap, surtout en tant que professionnel. Promouvoir les notions de différence et de droit à cette différence est important.

Nous ne pouvons réduire l'identité d'une personne à son handicap. La question est de savoir de quelle manière nous exprimerons ce désavantage. Si l'on utilise le verbe « être », on réduit effectivement l'identité de la personne à son handicap : « il est handicapé ». Alors qu'avec le verbe « avoir », on laisse place à toutes autres dimensions de l'identité appartenant à la personne.

Le type d'intégration des personnes en situation de handicap dépend également de constructions sociales. Selon la société dans laquelle les personnes en situation de handicap vivent, leur prise en charge et leur intégration varieront. Pour illustration, nous sommes allés voir un film « semi-documentaire »³² sur les relations d'amour (au sens large de la notion d'affectivité et non réduites à la simple relation sexuelle) de personnes ayant un handicap mental. L'histoire se passe au Chili et l'acteur principal est un jeune homme porteur de ce handicap. Nous avons pu constater qu'il existe tout autant de structures qu'en Suisse mais que pourtant, l'intégration y est sensiblement différente. Dans le film, la personne en situation de handicap reste très souvent dans sa famille, elle intègre les structures uniquement la journée et de manière très libre. Les habitants du quartier la connaissent et la sollicitent de manière bienveillante. Cependant, nous avons remarqué l'isolement de la mère de la personne handicapée. Dans ce contexte-là, il était intéressant de constater que la vie amoureuse de son fils l'a rendait mélancolique... Qu'allait-elle faire de sa propre vie si son fils, avec qui elle avait tout investi jusqu'ici, était entrain d'investir une autre personne. On peut se demander comment et jusqu'où le tiers-parents peut accompagner et permettre à son enfant de vivre son émancipation.

³² GAZITUA A., « El rey de San Gregorio » (2006) : Chili

Les représentations sociales du handicap permettent de nous orienter sur la manière dont est perçu le handicap par la population qui n'est pas dans cette situation.

5.9 La personne adulte en situation de handicap

Le concept de l'adulte en situation de handicap mental et ou psychique se révèle indiscutablement complexe. Ces deux mots mis côte à côte paraissent contradictoires. La notion d'adulte comprend le fait que l'on est devenu responsable, aussi bien au plan civique qu'au plan moral, économique etc. L'acquisition de ce statut a une connotation positive dans les représentations mentales puisqu'il renvoie à la notion de « potentiel réalisé » aussi bien sur le plan physique (fin de développement biologique), affectif (création d'une famille) que social (métier). Mais l'adulte en situation de handicap mental, voit son statut d'adulte défini uniquement par l'intervention d'une instance de décision.³³. Ce paradoxe rend notre accompagnement professionnel difficile puisqu'il faut trouver sans cesse un équilibre entre ces deux termes qui semblent s'opposer.

Notre rôle est d'accompagner nos usagers au quotidien et par conséquent aussi parfois, dans leur intimité. De manière générale, un adulte possède un territoire très privé que l'on appelle l'intimité. Cette zone est plus difficilement préservable chez des personnes en situation de handicap habitant en foyer.

La sexualité entraîne ce mouvement réducteur entre le statut « d'adulte » , détenteur d'une entière responsabilité et celui « de handicapé », avec une responsabilité altérée. D'ailleurs, il ne nous viendrait pas à l'idée de mettre une personne adulte en situation de handicap dans une structure pour enfant. Le placement se fera indéniablement dans un centre d'hébergement pour adulte. Par contre, lorsqu'il s'agit de vivre la sexualité, il arrive régulièrement que l'on infantilise la personne en la cantonnant au seul statut de handicapé. La partie adulte s'efface sous prétexte réducteur que la personne ne possède plus des compétences d'adulte pour vivre une vie amoureuse, sexuelle ou affective.

³³ BARILLET-LEPLEY M., « Sexualité et handicap : le paradoxe des modèles » (2001) L'Harmattan : Paris

Mme Barillet-Lepley pose, sous forme d'interrogations, une interprétation intéressante à ce paradoxe des modèles :

« Car de quel autre s'agit-il, d'Alius, l'autre différent qui justifie alors toute mesure particulière prise à son égard ? Ou d'Alter, l'autre moi-même en qui je suis bien obligée de me reconnaître » ?³⁴

Dans le double statut d'adulte-handicapé, il y a à la fois Alter, qui représente l'adulte, donc l'autre moi-même en qui je suis bien obligé de me reconnaître, et Alius, représentant le handicap, donc l'autre différent, qui justifie toute mesure particulière prise à son égard.

Comme l'explique Mme Barillet-Lepley, dans le cadre de la sexualité, on peut mesurer l'extrême complexité à faire usage simultanément de ces deux statuts. La sexualité de la personne handicapée, dans une référence à l'autre moi-même peut être dérangement, car elle fait référence à la ressemblance universelle de l'Humain, quel qu'il soit. Faire prédominer le statut du handicap, donc l'autre différent, permet de se rassurer en catégorisant.

6. Handicap et sexualité

Jusqu'ici, nous avons abordé le concept de la sexualité et du handicap. Maintenant, nous allons lier ces deux notions pour souligner ce qui est propre à la problématique de la sexualité des personnes en situation de handicap.

6.1 Loi et cadre juridique

L'intimité et l'affectivité est un droit de la personne. En effet, le droit à la sexualité fait partie intégrante des droits et des libertés fondamentaux de la personne. Voici le résumé d'un texte réalisé par *INSIEME* (Association de parents de personnes mentalement handicapées) à ce sujet :³⁵

Les dispositions légales servent à protéger les humains contre des atteintes abusives du privé et du public. On peut alors se réclamer des droits

³⁴ BARTILLET-LEPLEY M., *op. cit.*

³⁵ http://www.insieme.ch/fr/fr_sexdroit.html#Droitsex

fondamentaux de la Constitution fédérale face à l'Etat (ses autorités et institutions). En ce qui concerne la protection des atteintes aux individus privés, ce sont les textes de lois qui font foi. Ainsi, « *Le droit à la sexualité relève du droit fondamental de la liberté personnelle* » (art. 10 CF). Celui-ci protège non seulement l'intégrité psychique et corporelle, mais "toutes les libertés qui représentent les manifestations apparentes de l'épanouissement de la personne" (ATF 115 la 246).

La liberté personnelle assure un minimum de possibilités d'épanouissement personnel et préserve la personne de sa propre capacité d'évaluer un fait donné pour ensuite agir en conséquence. Ce domaine de liberté prend en compte l'épanouissement sexuel comme une des expressions fondamentales de la personnalité.

Deux articles stipulent simultanément que "le contrôle étatique des naissances et les mesures contraignantes correspondantes visant à limiter la conception d'enfants toucheraient au droit fondamental de la liberté individuelle" " (ATF 115 la 246) et que le désir d'enfants représente un élément fondamental de l'épanouissement personnel : "Le fait d'avoir et d'élever des enfants représentent pour bon nombre de personnes le sens premier de leur vie" (idem 247).

En conclusion, nous constatons que les individus bénéficient d'un droit à la sexualité, droit qui dépend directement de la protection de la liberté personnelle. Les personnes en situation de handicap mental peuvent aussi se référer à ce concept juridique. Toujours selon INSIEME, le droit à la sexualité inclut « *d'une part le droit à une activité sexuelle comme contribution au bien-être et au développement personnels, ainsi que d'autre part, le droit à la procréation dans le sens d'une reproduction* ». ³⁶

³⁶ http://www.insieme.ch/fr/fr_sexdroit.html#Droitsex

6.2 Les représentations sociales de la sexualité des personnes en situation de handicap

Il est essentiel de prendre en compte les représentations sociales des divers acteurs au sujet d'une intimité sexuelle et affective des personnes en situation de handicap. Notre vision d'éducateur et celle des parents est primordiale en ce sens qu'elle va déterminer nos comportements et nos actions. Connaître l'idée que l'on se fait de la sexualité au sens large et particulièrement celle des personnes en situation de handicap nous permet certainement de mieux envisager l'accompagnement. C. Agthe Diserens a répertorié ces représentations mentales³⁷ :

6.2.1 En tant que parent

Ce sont les acteurs les plus impliqués affectivement. Un professionnel demeure éphémère dans la prise en charge d'une personne en situation de handicap tandis que les parents en sont « à vie » responsables. Il y a alors plusieurs attitudes adoptées par les parents au sujet de la sexualité de leur « enfant » en situation de handicap :

Certains parents sont dans le déni total de la sexualité de leur enfant. Cette négation est généralement liée à la peur des abus sexuels et des risques de procréation. Ils font partie de ces parents qui se représentent leur enfant comme un ange dénué de sexe.

D'autres parents ont tendance à surestimer les possibilités d'avoir une sexualité « comme tout le monde », avec l'espoir de la procréation. Au mépris du handicap, ils se projettent dans l'avenir comme devenant grands-parents.

Il y en a d'autres qui ressentent une crainte de voir leur enfant « réussir » là où ils ont « échoué ». C'est-à-dire, qu'en excluant les maladies génétiques, leur enfant en situation de handicap pourrait mettre au monde un enfant valide.

³⁷ AGTNE DISERENS C., VATRE F., *op. cit.*

Finalement, il arrive aussi que certains parents soient touchés par le renversement qui peut s'opérer lorsque l'enfant accède à une sexualité active et épanouissante alors que les parents ont totalement désinvesti leur propre sexualité.

6.2.2 En tant que professionnel

De manière globale, les professionnels reconnaissent l'existence de la sexualité des résidants. Ils tentent de gérer tant bien que mal les manifestations sexuelles au quotidien. Néanmoins, certains freins existent :

Certains professionnels pensent que les personnes en situation de handicap sont très différentes d'eux-mêmes. Étant donné que la sexualité des personnes handicapées renvoie à ce qui leur est semblable, cela les décontenance.

D'autres professionnels préfèrent ignorer les besoins sexuels et affectifs des résidants, par crainte que ces derniers ne les investissent amoureuxment.

D'autres encore ont la croyance que s'ils reconnaissent les besoins sexuels du résidant, ils se verront contraints de « faire quelque chose de concret » à ce niveau.

Il y a aussi le fait que la plupart des institutions reproduisent, de manière consciente ou non le schéma « parent-enfant » entre les résidants et le personnel. Certains craignent que si quelques résidants prennent goût à une sexualité active, d'autres veuillent les imiter.

Les professionnels peuvent aussi avoir peur des réactions des parents.

Finalement, la résistance peut simplement venir de la crainte que cela complique la prise en charge.

Par ailleurs, la volonté de protéger la personne en situation de handicap solidarise professionnels et parents.

Nous voyons ici que les représentations sociales des professionnels au sujet de la sexualité des personnes en situation de handicap sont multiples et diverses. Nous ne pouvons ignorer ces facteurs qui influencent le positionnement des éducateurs dans la prise en considération de la vie affective et sexuelle des résidants au sein de l'institution.

6.3 La sexualité vécue en institution

La sexualité correspond à une pulsion, tout être vivant en est pourvu. Ici, nous nous intéressons aux différentes formes d'expression de cette sexualité en institution.

Selon J. Modestin, on peut distinguer trois types de relations sexuelles en institution³⁸ :

On pourrait appeler ce type de relation : « Sexe et amour ». Cette forme est socialement catégorisée dans la « normalité ». Elle représente les relations intimes communes, où les comportements érotiques dans la sphère publique sont ordinaires. Ces derniers sont remarqués par l'équipe éducative et les autres patients, mais les rapports sexuels intimes sont pratiqués dans la sphère privée.

Le deuxième type de relation mis en évidence est celui des relations sexuelles « exhibitionnistes ». Il n'y a pas d'acte sexuel complet et le but de cette démonstration abusive serait volontairement provocatrice. L'intérêt étant de transgresser les règles établies. Généralement, l'un des deux partenaires est l'initiateur. Ces démonstrations s'arrêtent lorsqu'il y a une amélioration clinique.

On pourrait nommer cette catégorie « Sexe sans amour ». Cette fois, les relations sexuelles sont réduites à l'acte lui-même. Elles sont généralement sans suite et n'impliquent aucun établissement de lien interpersonnel. « *Coïncidence fortuite du désir de deux partenaires se concrétisant par un bref contact physique* ».³⁹

Au sujet des diverses formes de sexualité vécues en institution, nous nous interrogeons sur plusieurs aspects. Premièrement, nous nous demandons si nous devrions mettre en avant une « éthique sexuelle » qui permettrait aux professionnels de « moraliser » l'acte sexuel en mettant une valeur différente selon le type de sexualité vécue en institution. Ou, doit-on partir du postulat inverse, permettant aux résidents de vivre leur sexualité quel qu'en soit ces formes d'expressions ?

Mme Agathe Diserens donne une piste de réponse en narrant une situation vécue : Il était une fois l'histoire d'un « trio ». Monsieur A aimait Madame B qui aimait

³⁸ URFER-BUFFAT J., « La sexualité en institution psychiatrique » (1991) Méd. et Hyg.,49. 936-937

³⁹ *Ibid.*

Monsieur C mais qui ne l'aimait pas en retour. Un consensus s'est alors installé. Madame B couchait avec Monsieur A contre des cigarettes. Ensuite Madame A couchait avec Monsieur C. En échange de cette relation, il recevait les cigarettes de Monsieur A.

Si l'on cherche à évaluer cette triangulation d'un point de vue moral, la réponse est critique. Par contre, si nous nous demandons « y'a t-il des perdants ou des victimes ? », nous pouvons répondre non parce qu'ils peuvent satisfaire leurs besoins comme ils l'entendent. L'indicateur qui permet d'évaluer la relation n'est pas une valeur morale mais la souffrance du résident.

Une autre question surgit :

Ne devrait-on pas permettre une quatrième forme d'expression de la sexualité en proposant un accompagnement érotique pour ceux qui en expriment le désir ?

En dépit de ceux qui manquent d'opportunité de vivre une relation avec un partenaire, certaines personnes en situation de handicap mental et psychique se trouvent dans l'incapacité d'investir leur partenaire sexuel comme sujet. Nous ne voulons pas être mal compris, nous ne pensons évidemment pas que les accompagnants érotiques sont instrumentalisés par l'une ou l'autre partie. Cependant, la transaction de services, la clarté du contrat et l'investissement particulier dans ce mode de rapports, pourrait pallier la souffrance que peut engendrer un rapport sexuel, dans lequel une personne investit son partenaire comme un objet.

6.4 La santé sexuelle

La santé sexuelle se définit aussi et peut alors être prise en compte dans l'accompagnement des personnes en situation de handicap.

Les auteurs R. Ogien et J.-C. Billier rappellent que Freud fut un des premiers thérapeutes à exposer l'idée que la sexualité ne se limitait pas à l'instinct de reproduction mais constituait un élément essentiel d'épanouissement et de bien

être de l'individu. Il était convaincu que la satisfaction de la pulsion sexuelle était la finalité de la sexualité.⁴⁰

Le sommet du Caire adopte en 1994 l'idée de l'OMS, pour définir « la santé sexuelle et reproductive ». Par cela, on entend le bien-être général, tant physique que mental et social de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités.⁴¹

Selon le Professeur Claude Crépault, la santé sexuelle se définit comme telle :⁴²

« Capacité à désirer, imaginer, jouir.

Capacité d'érotiser une personne humaine adulte consentante.

Capacité d'être polyvalent dans ses modes de désir, d'excitation et de jouissance.

Capacité d'harmoniser fantasme et réalité.

Aptitude à la légèreté sexuelle, la non-dramatisation, la non-addiction.

Absence de perversion majeure ou capacité de les neutraliser.

Absence de déviance majeure ou capacité de les neutraliser. »

Lorsque nous avons la perte d'une capacité, qu'elle soit d'ordre de la santé physique ou mentale, on utilise le terme de handicap pour définir le manque qui en résulte. Dans cette idée-là, et en considérant que ces sept points sont une manière de conceptualiser la santé sexuelle, nous pourrions en déduire que si un de ces items faisait défaut, la personne est vulnérable dans sa santé sexuelle. On pourrait alors parler de « handicap sexuel ».

La personne en situation de handicap mental (comme les personnes qui ne le sont pas) peut également être en situation de handicap sexuel. Que fait-on alors si la personne ne remplit pas tous les critères de la santé sexuelle ?

Devons-nous la priver de vivre une sexualité, puisque jugée altérée ?

Devons-nous nous contenter de faire disparaître le symptôme en castrant chimiquement, par exemple ?

⁴⁰ OGIEN R., BILLIER J.-C., *op. cit.*

⁴¹ Notes volantes de C. Agthe Diserens, 2001

⁴² <http://www.associationdessexologues.com/santesexuelle.php>

Ou devons-nous traiter l'altération ou le dysfonctionnement pour permettre à la personne de vivre une sexualité remplissant les critères de la santé sexuelle ?

Nous observons que dans certains cas, la maladie psychique elle-même peut entraver la santé sexuelle (exemple au point 4, 5, 6, 7). En effet, perversion ou déviance peuvent être symptomatiques de certaines maladies psychiques. Serait-ce un argument suffisant pour entraver l'accès à une vie affective et/ou sexuelle chez ces personnes ?

7. L'intervention en travail social

Avant de définir le rôle du travailleur social, la définition de l'intervention sociale semble importante.

Selon un document tiré d'un cours de C. Chalverat⁴³, tout acte qui, par le biais de services, d'apprentissages ou de stratégies vise à stabiliser ou à transformer le statut d'un individu, d'un groupe, d'une famille ou d'une population ciblée peut être qualifié d'intervention sociale.

Le statut correspond à l'ensemble des droits et des devoirs moraux et coutumiers auxquels un groupe ou un individu est soumis en fonction de sa place dans le système social et la division sociale du travail.

L'intervention sociale est alors en interaction continue entre deux pôles : le travailleur social d'un côté, avec son propre statut, et l'utilisateur de l'autre, avec le sien propre.

⁴³ CHALVERAT C., « cours travail social » (1991) EESP : Lausanne

7.1 Les paramètres influençant l'intervention

Il faut aussi prendre en compte des paramètres qui contribuent à déterminer le statut du travailleur social et à influencer son intervention.

7.1.1 L'arrière-plan culturel, personnel et social du travailleur social

Une bonne partie de nos motivations et de nos engagements en tant que travailleur social se fonde à partir de cet arrière-plan. Il est essentiel de bien se connaître soi-même pour éviter de projeter ses propres besoins et problématiques sur l'utilisateur. Plus nous nous connaissons, moins nous projetons sur autrui.

7.1.2 L'arrière-plan théorique, méthodologique et éthique du travailleur social

L'intervention du travailleur social sera colorée par la façon dont il répond à la question : « Au nom de quoi j'interviens ? »

La réponse s'articule autour d'un projet social, d'un savoir, d'un idéal personnel ou religieux ou encore dans le but de pallier, avec l'utilisateur, aux failles du réseau primaire. Par conséquent, cet arrière-plan dont s'imprègne le travailleur social va jouer un rôle prépondérant dans la manière dont il conduira son intervention.

7.1.3 Le contexte organisationnel dans lequel évolue le travailleur social

Le travailleur social travaille pour une organisation lui dictant des tâches et des objectifs plus ou moins précis. En plus de ces objectifs « déclarés », l'éducateur doit se rendre compte rapidement qu'il existe des objectifs « sous-jacents ». Ces derniers sont créés par les habitudes et l'histoire de l'institution. Ces « règles de jeu » sont parfois en contradiction avec les objectifs explicites de l'organisation.

7.1.4 Le positionnement institutionnel du travailleur social

L'image de marque, le pouvoir, la place dans la hiérarchie, les relations et les alliances stratégiques sont les composants du positionnement institutionnel du travailleur social. En effet, un éducateur étant aussi député n'aura pas le même pouvoir que celui qui n'est qu'éducateur. Ainsi, le positionnement institutionnel que l'on s'est construit va aussi influencer l'intervention.

7.1.5 La culture professionnelle du travailleur social

La culture professionnelle correspond à l'ensemble des représentations que le travailleur social a de sa propre profession. Cette dernière influence également l'intervention sociale menée.

7.1.6 Le rapport qu'a le travailleur social face à la pression des attentes du public sur son travail

Le travailleur social ne peut pas toujours se comparer aux attentes du public. Les médias montrent souvent un décalage entre la construction de l'image du travailleur social et celle de la réalité.

7.2 Définition du rôle de l'éducateur dans un foyer de personnes adultes en situation de handicap

Pour nous, le rôle du travailleur social dans ce contexte est de privilégier l'autonomie, de favoriser l'épanouissement et de soutenir les résidents dans une démarche de développement ou de maintien des acquis, qu'ils soient d'ordres physiques, cognitifs, psychologiques, relationnels et professionnels.

En ce qui concerne plus précisément notre rôle relatif à l'affectivité et la sexualité, nous pensons qu'il s'intègre dans notre rôle général. De fait, la sexualité contribue à l'épanouissement, à l'amélioration de l'aspect relationnel, de la santé mentale et de la découverte du schéma corporel, sans oublier le moteur que peut être la recherche de plaisir. Ces notions demeurent en filigrane de notre pratique professionnelle. Cependant, notre responsabilité consiste à protéger le bénéficiaire des risques inhérents à ses comportements.

Nous pouvons affirmer que notre intervention n'est pas une simple relation à autrui mais une relation professionnelle qui requière des compétences spécifiques. Ces dernières permettent entre autres de préciser notre rôle aux usagers. Ces compétences s'exercent en arrière-plan dans notre pratique. Nous en avons retenu quelques-unes qui permettent de justifier la réflexion et la prise en compte de la vie affective et sexuelle de nos bénéficiaires.

7.3 Compétences retenues comme pertinentes dans l'accompagnement affectif et sexuel⁴⁴

« Identifier et analyser les situations et processus sociaux que l'intervention prend en compte »

Pour prendre en compte la problématique de la sexualité dans les institutions, il est judicieux d'observer et de restituer les besoins réels des résidants. Ensuite, nous devons être capable de formuler ce besoin, d'en évaluer les contraintes et les ressources existantes.

« Initier et développer une relation professionnelle avec des personnes ou des groupes dans un contexte d'action sociale donné »

Lorsque l'on aborde la question de la vie affective et sexuelle avec les résidants, il est important de bien définir la relation professionnelle. Il faut éviter qu'il y ait confusion entre notre volonté de les soutenir dans l'accession à une sexualité satisfaisante et notre propre représentation de la sexualité.

La demande peut être explicite ou implicite. Les résidants peuvent être dans une situation de handicap telle qu'il est difficile pour eux d'exprimer clairement leurs envies. Nous devons alors être capable de décrypter au mieux leurs besoins. Ensuite, c'est à nous de les orienter vers une solution adéquate.

⁴⁴ Compétences tirées du « *Référentiel des compétences en travail social* » (2005) HESTS

« Collaborer entre professionnels et institutions »

Au-delà d'une collaboration constructive en sein de l'équipe et avec tous les partenaires de réseau, nous pouvons être conduits à faire appel à des professionnelles du sexe, voire des assistants sexuels ou à l'intervention d'un sexologue. Il s'avère important de bien définir leurs rôles et le nôtre si l'on fait recours à ce genre de services. Conduire une équipe dans un tel projet peut provoquer des conflits qu'il faudra gérer.

« Se positionner professionnellement et personnellement en questionnant le sens de l'action sociale »

Nous avons pu constater que notre propre représentation de la sexualité influence notre prise en charge dans ce domaine. Il est alors important d'identifier nos représentations pour éviter de trop colorer - interpréter la prise en compte des besoins sexuels des résidants.

« Encourager et soutenir la participation des personnes et des groupes dans la société »

La sexualité est un moyen (comme un autre) de s'intégrer dans une société. De ce fait, il est important d'encourager et de soutenir la participation des résidants qui désirent vivre une vie affective et/ou sexuelle.

« Évaluer et réorienter l'action »

Dans la mesure où on participe à une meilleure considération de la sexualité chez les résidants, il s'agit d'évaluer le bénéfice de l'action. Si cela entraîne, par exemple de la souffrance, nous devons être capable de réorienter l'action.

Il est ici question des compétences génériques qui nous paraissent les plus enclines au thème de la sexualité des résidants adultes en situation de handicap mental et/ou psychique. Par ailleurs, nous avons l'impression que chaque sous-compétence peut nous mener à la réflexion de la vie affective et sexuelle des personnes adultes « institutionnalisées ».

Partie 3

8. La problématique

8.1 Introduction

Nous nous devons de préciser que chaque histoire de vie reste singulière. Même à handicap égal, les différences sont déjà très nombreuses. Les diverses distinctions de handicaps impliquent souvent différentes manières de ressentir l'affectivité et la sexualité.

Une personne atteinte de trisomie se présente, la plupart du temps, très demandeuse d'affection et ressent le besoin régulier de toucher et d'être touchée. A contrario, une personne souffrant d'autisme aura souvent plus de peine à toucher et n'aimera pas l'être. Dans le domaine du handicap psychique, de grandes différences existent aussi. La schizophrénie engendre à elle seule des particularités par rapport à la sexualité, comme l'altération de l'image du corps, voire même de la négation du schéma corporel⁴⁵. Ces variantes existent et notre but n'est pas de les gommer ; par contre tous les handicaps mentaux et psychiques concernent cette recherche puisque notre intérêt n'est pas de susciter un besoin mais de permettre à celui qui le veut, d'accéder à une vie affective et sexuelle épanouie. Il est impératif de tenir compte également des différences socio-culturelles et des expériences individuelles.

Nous avons approfondi le développement psycho-affectif de l'enfant et la construction de son identité sexuée. Pour une personne en situation de handicap, ces processus sont identiques, mais leurs rythmes peuvent se trouver ralentis ou certaines étapes inachevées. Par exemple, une personne en situation de handicap mental de 40 ans mais ayant un âge mental d'environ 3 ans, n'aura pas la même notion de pudeur que quelqu'un d'un âge mental plus avancé. Une fois de plus, ces différences existent, mais ne touchent pas notre recherche puisque nous ne désirons pas imposer une vie sexuelle normative mais en permettre l'accession à celui qui le désire.

⁴⁵ POROT A., *Op. cit.*

Nous rappelons que pour nous, la sexualité se définit par ses fonctions biologiques, psychologiques et sociétales. Elle ne peut donc pas être réduite à la génitalité, puisqu'elle est aussi reliée à l'affectivité et à la socialisation.

Nous avons vu les différentes formes et intensités du handicap. Ce dernier implique toujours une déficience. Cependant, son type peut être varié. Nous avons également pu comprendre que les incapacités étaient les conséquences des déficiences. Elles aussi peuvent être de divers types. Rappelons que la notion de handicap correspond aux conséquences sociales et contextuelles que causent la déficience et l'incapacité. Le handicap / désavantage repose alors sur un construit social.

Comme le dit Mme Agthe Diserens, dans le cadre du travail social, la question de la sexualité du résident pose un problème, celui du tiers et de ses représentations. L'intimité échappe normalement au regard d'autrui alors que dans ce cas, un tiers y est impliqué. L'intimité est par définition, un territoire qui ne regarde personne d'autre que la personne elle-même... Alors que pour les personnes en situation de handicap, l'intimité concerne aussi l'entourage (les parents, les frères, les sœurs et les éducateurs etc.)

Il est alors essentiel de réfléchir à cette notion de tiers incontournable. Le but n'étant pas de nous mêler de ce qui ne nous concerne pas ou de faire du voyeurisme mais de favoriser avec bienveillance, l'accession d'une vie affective épanouissante et équilibrante. Les représentations sociales individuelles et collectives vont alors influencer l'intervention du tiers-travailleur social.

Notre but est d'avancer sur la réflexion du droit à la sexualité des personnes en situation de handicap. Nous allons donc nous intéresser à la notion de tiers que nous représentons en tant que professionnels de l'accompagnement des personnes adultes en situation de handicap mental et/ou psychique.

Ceci nous conduit à nous questionner sur notre rôle et notre fonction de travailleur social. Nous comprenons que l'intervention sociale est une interaction entre le travailleur social et l'utilisateur, chacun possédant son propre statut. Mais qu'en est-il, lorsque deux statuts chez l'utilisateur paraissent s'opposer ? Le paradoxe qui nous intéresse ici est celui du double statut : adulte et handicapé. Et plus précisément de ce que nous faisons de ce double statut en tant que

professionnel. En effet, il semble y avoir contradiction entre les mots « adulte » et « handicapé » car l'adulte, celui qui est responsable est en même temps handicapé, ce qui implique une altération de cette responsabilité. Comme le souligne Mme Barillet-Lepley⁴⁶, le paradoxe donne souvent l'impression qu'il faut choisir entre l'un ou l'autre des concepts alors que notre tâche, en tant qu'éducateurs est de se mouvoir entre les deux pour en trouver l'équilibre. Choisir n'amènerait qu'à la négation de l'un ou l'autre. C'est pourquoi nous ne pouvons parler d'antinomie formelle entre ces deux statuts.

8.2 Sexualité, intimité, affectivité et handicap : la problématique

Notre préoccupation éthique dans ce travail est de savoir si « l'autre » « handicapé » a la possibilité de vivre ce qu'il souhaite, y compris dans son intimité. C'est pourquoi nous devons réfléchir à une méthode d'accompagnement pour les résidants vers une accession amoureuse et sentimentale qui tendrait vers une santé sexuelle adaptée à la personne handicapée. Ce processus ne peut prendre vie que dans la reconnaissance de l'Autre en tant que sujet.

Nous avons pu constater l'importance de la sexualité dans la construction de l'identité. La libido y est inscrite comme un des éléments du fonctionnement psychique selon S. Freud. Si la sexualité a des codes qui peuvent différer d'une société à une autre, elle reste universelle, tout aussi bien que la pulsion ou le besoin sexuel. En situation de handicap ou non, nous avons des pulsions sexuelles qui existent.

L'accompagnement et la promotion à une vie sexuelle et affective épanouie du résidant nous concerne en tant que professionnels puisque nous avons pour mission de préserver ou de restaurer l'autonomie des usagers et de leur faciliter l'insertion sociale. La sexualité devient alors un moyen de normalisation et une source d'intégration sociale et d'étayage relationnel. Nous avons également pu constater que la sexualité relève d'un droit fondamental de la liberté personnelle. Que faisons-nous de ce droit en tant que professionnel lorsque la personne qui

⁴⁶ BARTILLET-LEPLEY M., *op. cit.*

devrait pouvoir en jouir se trouve limitée dans son autonomie ? Là est notre rôle d'éducateur, dans le sens où nous nous devons de soutenir et faciliter l'accession à ce droit inaliénable.

Partant du postulat que l'expression de la sexualité existe en institutions, d'autres questions éthiques sont sous-jacentes à la question de l'accompagnement des résidents vers une vie sexuelle et affective. En effet, la morale et la responsabilité des professionnels impliquent des questions :

Y'a-t-il libre consentement chez chacun des partenaires ? L'intégrité et les besoins individuels sont-ils respectés ? Existe-t-il des contraintes venant d'un des partenaires ou de l'entourage ? Y a-t-il concertation et accord entre toutes les personnes concernées (parents, curateur, tuteur, résident) ?

À notre sens, c'est ici que nous devons nous questionner pour répondre au mieux aux besoins des résidents dans une optique d'épanouissement et de diminution des risques liés à une sexualité fragile.

Nous avons pu voir dans la partie théorique, qu'il existait trois types d'expressions de la sexualité en institution. On peut qualifier le premier de « sexe et amour », le deuxième de « sexe sans amour » et le troisième de « manifestation sexuelle provocatrice ». Ces trois catégories sont représentatives d'expressions existantes dans notre société, mais leur appréciation peut diverger. Ainsi, avoir une vie sexuelle dans un contexte de relation amoureuse est un modèle valorisé dans notre société judéo-chrétienne. Alors que la pratique de relation sexuelle ne s'inscrivant pas dans un processus d'amour peut être jugé négativement.

Certes, les normes sociétales donnent des indications sur ce que la morale recommande, cependant, dans un contexte démocratique, chacun peut, dans la limite du cadre légal, mener sa vie sexuelle comme il l'entend.

Dans le cadre d'une institution, le problème est plus complexe. L'éducateur est responsable de l'apprentissage des normes de la société aux usagers. Mais la limite entre transmission de valeurs et jugement de valeurs est mince dans ce cadre-ci.

Dans un contexte institutionnel, devons-nous juger de l'expression de la sexualité du résident alors qu'en dehors de ce contexte, la liberté individuelle permet une multitude d'expressions ?

Pour nous, les trois types de relations sexuelles en institution sont à mettre sur le même pied d'égalité, c'est-à-dire celui de combler un désir, un besoin sexuel, dans la mesure où il y a libre consentement de la part des partenaires.

Grâce à la conception intellectuelle de la santé sexuelle citée plus haut, nous constatons qu'une personne en situation de handicap mental peut bénéficier d'une sexualité sans but procréatif, puisqu'on admet qu'elle contribue au bien être et à une meilleure santé, lorsqu'elle est vécue de manière libre et consentante. Nous ajouterons à la définition que M. Crépaut fait de la santé sexuelle, la dimension physique (maladies sexuellement transmissibles, grossesses, etc.), ainsi que la dimension psycho-sociale (bénéfice relationnel, intégration sociale, estime de soi etc.).

Retenons aussi que cette population est considérée « à risque ». Selon D.Vaginay, les personnes en situation de handicap mental ou psychique sont facilement victimes d'une population marginale, sans scrupules, souvent addictive et au sein de laquelle, le sida est malheureusement présent.

En Suisse romande, nous avons constaté que certaines institutions, accueillant notre population « cible », avaient fait l'objet de réflexions d'équipes, avec des professionnels de la sexualité. Il en a découlé l'inscription de l'intimité et de la sexualité comme un thème inhérent à la construction d'un projet de vie. D'autres institutions, quant à elles, n'ont pas bénéficié d'une réflexion particulière autour de la question de la sexualité de leurs résidents.

Il nous semble que la définition de valeurs communes au sein de l'équipe d'éducateurs peut permettre la mise en place d'un positionnement institutionnel clair en ce qui concerne la question de la sexualité. Ce dernier peut, selon nous, améliorer le confort, l'intimité, la sécurité et la santé du résident dans ce domaine. De plus, si l'ambiguïté entre le statut d'adulte et celui de handicapé ne peut pas disparaître, nous pensons que le fait de définir des valeurs collectives peut favoriser un accompagnement garant d'une sauvegarde du statut d'adulte.

8.3 Question de recherche

Existe-t-il un système de valeurs préférentiel chez les éducateurs pour optimiser la santé sexuelle des personnes en situations de handicap mental et/ou psychique adultes ?

8.4 Objectifs de la recherche

Nous désirons comprendre ce qui amène les éducateurs à laisser vivre ou non, la sexualité des résidants en institution. Pour se faire, nous cherchons à identifier si les apports d'une réflexion d'équipe, débouchant sur un positionnement faisant référence à des valeurs collectives, facilitent l'accession à une vie affective et sexuelle. Le but étant de nous permettre d'évaluer l'accession à une vie sexuelle et donc, à une meilleure santé sexuelle pour les résidants.

8.5 Les hypothèses

L'accession à la santé sexuelle des résidants s'inscrit dans un projet éducatif, qui fait référence à des valeurs collectives.

Un accompagnement réfléchi, s'inscrivant dans une optique éducative de promotion de santé sexuelle, implique un travail de réflexion en termes de valeurs collectives. C'est-à-dire que l'équipe travaille et réfléchit sur la question des résonances engendrées par des manifestations personnelles de la sexualité des résidants. Qu'est-ce que cela provoque chez nous ? Qu'est-ce que la sexualité de l'autre réveille en chacun de nous ? Cela peut être de l'envie, du rejet, un souvenir, une comparaison, etc. Quelle que soit la réaction, elle n'est jamais neutre. Ainsi, s'interroger soi-même sur ses représentations est essentiel avant de réagir et d'agir pour la sexualité des résidants.

Ce partage, au sein de l'équipe éducative, réalisé dans un climat de confiance et à l'écart de tout jugement conduit l'équipe à inscrire la sexualité dans un projet éducatif commun, qui vise l'épanouissement personnel et l'intégration sociale du résident.

Comme l'illustre la charte « Amour et sexualité » des personnes avec un handicap mental⁴⁷, les valeurs communes ont été libellées comme suit :

- Le respect de la liberté individuelle.
- Le respect de l'intimité.
- La conscience de ses propres limites.
- Un intérêt égal quel que soit l'âge ou le sexe des personnes.
- La conscience du pouvoir que l'on peut détenir en tant que professionnel.
- L'engagement à aborder le thème de la sexualité avec tous les partenaires concernés.
- Le respect de la confidentialité.
- La conscience de ses propres préjugés.

S'il n'y a pas de valeurs communes, les éducateurs accompagnent les résidents dans leur vie sexuelle selon des représentations relevant de leurs valeurs individuelles.

Nous émettons l'hypothèse que sans l'énoncé de valeurs communes, ce sont les valeurs individuelles qui deviennent opératoires. Trop de niveaux de sens différents ou contradictoires risquent de compromettre l'action éducative, en augmentant la confusion (perçue par le résident) alimentée par un manque de cohésion dans l'équipe. Si rien n'est partagé, puis formalisé, soit dans une charte, un règlement ou un projet éducatif défini, nous avons vu que l'histoire personnelle, l'appartenance culturelle, l'âge, le sexe, la capacité à entendre et à prendre en

⁴⁷ Fondation Cap loisirs, « Amour et sexualité, charte et Cadres juridique, Genève, 2002

compte ces résonances ainsi que la capacité à se remettre en question, sont tant d'éléments qui vont influencer le mode opératoire des professionnels. Dans ce cas, la recherche d'une meilleure santé sexuelle du résident se voit dépendre du positionnement personnel de chaque éducateur et constitue le point d'achoppement. Certains peuvent alors se sentir proches de valeurs comme la liberté sexuelle, l'ouverture d'esprit etc. ou à contrario, cultiver le tabou du sexe, l'interdiction de son expression ainsi que la culpabilisation, etc.

Partie 4

9. Méthodologie

Avant de rédiger la partie théorique du mémoire, nous avons fait un entretien exploratoire avec Mme C. Agthe Diserens, qui est une sexo-pédagogue spécialisée. Ce titre désigne la pratique professionnelle dans l'éducation sexuelle des jeunes et des adultes valides, adapté au public plus spécifique du handicap physique, mental et psychique. Cette approche regroupe différentes disciplines comme la sexologie, la psychologie, la psychiatrie, la pédagogie, des connaissances sur la typologie des handicaps, la sociologie, la biologie, l'anthropologie culturelles, la philosophie et les thérapies sexo-corporelles.⁴⁸

Durant l'entretien, Mme Agthe Diserens nous a fait part de son rôle actif dans le domaine de l'affectivité et de la sexualité des personnes en situation de handicap. Celle-ci consacre une part importante de son temps à l'écoute et surtout au décryptage des besoins réels de l'utilisateur. Si une personne en situation de handicap physique a la capacité d'exprimer ses attentes et ses besoins, il n'y va pas de même pour les personnes en situation de handicap mental et ou psychique. D'où l'importance du décryptage des besoins pour éviter d'induire ou de projeter sur l'utilisateur des besoins et des désirs qui ne sont pas les siens. Dans ce dessein, divers moyens existent. Par exemple, si la personne ne peut pas utiliser le langage, elle communiquera avec elle, sous forme de pictogramme. Il s'agira de vérifier le désir réel de la personne.

Suite à cet entretien, nous nous sommes dirigés vers diverses lectures qui nous ont permis de rédiger la partie théorique du mémoire et de construire notre problématique.

Après avoir défini les concepts, indicateurs et dimensions (voir annexe 1), nous avons construit la grille d'entretien (voir annexe 2). Nous avons choisi une approche de type *qualitative* car notre questionnement fait référence à des concepts abstraits, comme la notion de responsabilité, de représentations et de valeurs. Ces notions ne nous paraissent pas quantifiables.

Cette démarche a pour objectif de comparer deux approches différentes de la question de la vie affective et sexuelle des résidents souffrant du même type de

⁴⁸ AGTHE DISERENS C., VATRE F., *op. cit.*

handicap (mental et ou psychique). Nous tenterons de confirmer ou d'infirmer nos hypothèses.

Idéalement, notre but serait, par ce travail, d'obtenir quelques pistes d'actions pour augmenter le confort et l'accession à la santé sexuelle des personnes en situation de handicap, ainsi que d'essayer de diminuer les risques liés à une sexualité vulnérabilisée.

9.1 Démarche liée aux entretiens de terrain

Au départ, nous voulions mener une partie de nos entretiens dans une institution genevoise conseillée par C. Agthe Diserens. Cet établissement venait de mettre sur pied une charte concernant la sexualité de leurs résidents. Malheureusement, après plusieurs contacts, nous avons appris que cette structure n'employait que des infirmiers alors que notre échantillon devait compter des éducateurs sociaux.

Nous avons alors retenu une autre institution (que nous appellerons institution *avec concept*) qui a mis sur pied un travail de réflexion de plusieurs années en équipe et a été accompagnée par deux sexologues spécialisés dans le domaine de la vie affective et sexuelle des personnes en situation de handicap. Il en a découlé l'inscription de la sexualité et de l'affectivité comme un point à part entière dans l'élaboration d'un projet de vie du résident. Cet établissement inscrit la sexualité comme un droit de l'usager. Au-delà des relations parfois éphémères, il permet aux bénéficiaires qui en expriment le désir, d'être reconnus en tant que couple. Pour ce faire, les intervenants directs s'informent sur plusieurs points de la relation qui vont permettre de fonder leur décision. De plus, ils ont créé un groupe de référence en la matière où les résidents peuvent parler et s'informer.

L'autre institution retenue (que nous appellerons institution *sans concept*), reconnaît l'existence de pratiques sexuelles chez les résidents et est consciente du réel besoin d'assouvir ces pulsions. Cependant, à l'instar de l'autre institution, le thème de la sexualité n'est pas abordé officiellement ni en discussion d'équipe, ni dans un document.

Nous avons fait le choix d'utiliser la méthode de *l'entretien* car ce processus est censé nous permettre de récolter des informations et des éléments de réflexions exhaustifs et nuancés. Avant de reprendre contact avec les responsables

respectifs, nous avons mené un entretien « test » auprès d'un éducateur externe aux institutions concernées. Aucune adaptation n'a été nécessaire car la clarté des questions, la cohérence du fil rouge ainsi que la durée de l'entretien semblaient recevable.

Dès lors, nous avons sollicité les responsables des deux institutions (les accords de ces derniers avaient été donnés préalablement), puis nous avons planifié les dates d'entretiens avec les éducateurs.

Notre échantillon regroupe trois éducateurs sociaux par institution. L'âge, l'ancienneté dans l'institution, ainsi que le genre sont variables. Nous n'avons pas de critères sélectifs précis si ce n'est qu'il fallait qu'ils soient éducateurs diplômés et volontaires pour suivre notre démarche. Dans l'institution *sans concept*, nous avons entendu deux éducateurs du même groupe et une éducatrice du deuxième groupe. Dans l'institution *avec concept*, nous avons entendu un éducateur par groupe, étant donné qu'il y a trois groupes en tout.

Nous avons utilisé l'entretien *semi directif*. Nous disposions d'une série de questions ouvertes en guise de guide pour l'entretien. Nous avons veillé à rester centrés sur notre objectif de recherche tout en laissant la personne s'exprimer librement. Tous les entretiens ont été enregistrés.

Les responsables ont laissé le choix aux éducateurs de s'inscrire pour répondre à notre enquête. Dans l'institution *sans concept*, les réponses des trois éducateurs ont été rapides. En ce qui concerne l'institution *avec concept*, nos sollicitations ont été multiples afin de pouvoir réunir trois éducateurs disposés à nous répondre. Dès lors, nous avons interviewé les trois professionnels de l'institution *sans concept* dans la même matinée. Cette méthode était volontaire de notre part car nous voulions éviter qu'ils puissent en discuter entre eux, ce qui aurait peut-être influencé leurs réponses. En ce qui concerne les professionnels de l'institution *avec concept*, leur emploi du temps nous a empêché de mener tous les entretiens dans la même journée.

Le lieu des entretiens a été choisi par chaque éducateur sollicité. Dans la mesure où nous nous déplaçons vers l'institution, il semblait plus logique de les laisser choisir. Dans l'institution *sans concept*, les trois éducateurs ont été entendus dans une pièce externe au lieu de vie, dans le bâtiment administratif de l'institution. Les

éducateurs de l'institution *avec concept*, nous ont reçu dans les lieux de vie des résidents, mais hors présence de ces derniers.

9.2 Respect éthique

Nous avons fait le choix de ne pas divulguer le nom de ces institutions. En effet, notre démarche comparative n'a pas pour but de pointer du doigt une institution ou de juger sa manière d'agir mais plutôt de comprendre quel fonctionnement éducatif se met en place selon l'approche utilisée. Pour l'institution *sans concept*, nous avons communiqué par mail avec le responsable. Son accord a donc été donné par écrit. Pour l'institution *avec concept*, la démarche a été différente. Nous avons d'abord eu un entretien avec la personne responsable de l'hébergement afin qu'elle puisse entendre le but de notre démarche. L'accord a été donné oralement à la fin de notre entrevue.

Au début de chaque rencontre avec les éducateurs, nous leur faisons lire une feuille rédigée par nos soins qui les informait de notre engagement éthique. Un formulaire de consentement libre et éclairé fut signé à chaque fois avant le début de l'entretien. Nous avons co-signé ce document. (Le document vierge figure en Annexe 3.)

9.3 Canevas de l'entretien semi directif

Avant de rencontrer les 6 éducateurs, nous avons mis au point une grille d'entretien semi-directif. Elle a été élaborée sur la base des concepts théoriques et des dimensions et indicateurs mis en annexe. Nous avons posé des objectifs visant à construire des questions qui puissent nous permettre de faire parler les éducateurs des thèmes et indicateurs que nous voulions aborder.

Voici ci-dessous les thèmes et les différents objectifs qui s'y réfèrent pour répondre à nos hypothèses :

L'inscription formelle de la sexualité dans le concept d'une institution donnée.

Connaître l'existence ou non d'une trace formelle de la prise en compte de la sexualité dans l'institution. Si elle existe, comprendre ce qu'elle stipule et comment elle a été réfléchie (du point de vue de l'éducateur entendu).

Sentiment de responsabilité professionnelle liée à la sexualité du résident.

Connaître le positionnement de l'éducateur par rapport à la notion de responsabilité que peut engendrer la sexualité des résidents.

Inscription de la sexualité dans un objectif éducatif.

Connaître l'avis du professionnel quant à l'inscription de la sexualité dans un projet éducatif puis connaître ses impressions quant à la possibilité de l'appliquer dans son institution.

Difficultés du professionnel confronté à la sexualité du résident.

Percevoir les difficultés rencontrées lorsque les résidents manifestent des comportements sexuels.

Capacité de partager avec l'équipe.

Évaluer la possibilité de partager en équipe les difficultés rencontrées.

Position du tiers-éducateur dans la sexualité du résident.

Connaître le positionnement de l'éducateur en tant que tiers dans l'intimité des résidents.

Positionnement du professionnel quant au double statut adulte handicapé concernant la sexualité.

Connaître le positionnement du professionnel quant au double statut de « personne adulte et en situation de handicap mental » lorsqu'il s'agit de sa sexualité.

Réactions des éducateurs face aux manifestations sexuelles des résidents.

Connaître la réaction de l'éducateur lorsque des manifestations sexuelles déviantes ou inadéquates se produisent.

Médication servant à calmer les pulsions sexuelles.

Comprendre dans quelle situation l'institution fait recours à la médication.

Travail de réseau, collaboration et formation interne liés à la sexualité du résident.

Connaître la capacité de collaboration lorsqu'il s'agit de prendre des décisions à propos d'un point qui relève de la sexualité du résident.

Définition de la santé sexuelle vue par les éducateurs

Comprendre leur définition respective de la santé sexuelle. Évaluer si leurs critères sont appliqués lorsqu'ils concernent le résident.

Assistance sexuelle et sexe tarifé

Aborder la question de l'assistance sexuelle et du sexe tarifé.

Prévention et informations sexuelles pour le résident.

Aborder la question de l'information et de la prévention au sujet de la sexualité.

Positionnement du professionnel face aux différents types d'expressions de la sexualité.

Percevoir leur positionnement sous-tendu par la morale.

Influence de l'éducation, des expériences et de l'appartenance socioculturelle des éducateurs dans la manière d'appréhender la sexualité des résidents.

Percevoir l'influence de leurs expériences personnelles sur la sexualité des résidents.

Évaluer si l'appartenance socio-culturelle semble prédéfinir la façon d'appréhender la sexualité du résident.

Valeurs personnelles et professionnelles liées à la sexualité.

Connaître les valeurs auxquelles ils font référence lorsqu'il s'agit de la sexualité du résident et de leur propre sexualité.

Cohésion de l'action éducative liée à la sexualité des résidents.

Évaluer la gestion des différences d'opinions quant à l'accession à la santé sexuelle des résidents.

Partie 5

10. L'analyse des données

La première étape a consisté à retranscrire intégralement chaque entretien. Nous avons choisi la méthode d'analyse des *contenus*. Cette méthode permet de traiter consciencieusement les informations et les témoignages. À ce stade, il ne s'agit pas encore d'interpréter entièrement les propos, mais de les relier à nos thèmes en formulant un premier niveau d'interprétation. Plus tard, dans la synthèse, les données analysées seront mises en perspective avec nos hypothèses et notre cadre théorique.

En organisant les propos par thèmes, nous avons senti l'utilité de regrouper certains thèmes, d'en élargir d'autres et encore d'en créer de nouveaux.

10.1 L'inscription formelle de la sexualité dans le concept d'une institution donnée versus les règles implicites

Pour ce thème, nous avons rajouté « les règles implicites » car nous nous sommes rendu compte durant les entretiens, que l'institution *sans concept* n'était pas dénuée de règlements officiels.

Lorsque l'on interroge les éducateurs sur la présence ou non d'un chapitre sur la sexualité dans un concept, un règlement ou une charte de l'institution, les réponses sont unanimes.

Dans l'institution *sans concept*, il n'y a pas d'écrits sur le sujet alors que dans l'institution *avec concept*, tous évoquent la connaissance d'un texte concernant la sexualité.

Dans l'institution *avec concept*, lorsque nous leur demandons ce que stipule le chapitre sur la sexualité, ils répondent tous qu'ils ne savent pas exactement ce qui y est écrit. Cependant, ils font référence à une commission « sexualité » instaurée depuis longtemps, ainsi qu'à une conception globale de l'approche de la personne intégrant la notion de « spiritualité et de sexualité ».

L'éducatrice 2 explique que les mariages ne sont pas autorisés en Suisse entre deux personnes en situation de handicap mental, mais qu'au sein de l'institution, il

est possible de faire une cérémonie devant le directeur pour symboliser l'union d'un couple.

L'éducateur 1 exprime l'ouverture de la direction quant aux questions qui émanent de l'équipe sur le sujet de la sexualité, alors que l'éducatrice 2 évoque que les discussions aux colloques et avec le responsable de l'hébergement sont fréquentes.

L'éducatrice 3 explique « *qu'ils font un travail sur le rapport à soi et aux autres dans la relation* ».

On peut remarquer que si les éducateurs de l'institution *avec concept* ne connaissent pas la teneur du concept institutionnel, ils font référence à des principes clefs tels que *l'approche globale de la personne* en incluant la dimension spirituelle et sexuelle du résident. On constate, que le domaine de la sexualité est un thème abordé facilement en colloques et auprès de la direction.

Dans l'institution *sans concept*, nous constatons qu'il y a une multitude de règles implicites, malgré l'absence d'un chapitre institutionnel, spécifique à la dimension sexuelle des personnes en situation de handicap.

À ce propos, l'éducatrice 2 dit, je cite : « *c'est le chef qui a le dernier mot* ». Lorsque nous lui demandons si cela veut dire que l'accession à la vie sexuelle pour le résident dépend du responsable de l'hébergement, elle répond : « *ouais, ben par exemple les dernières règles qui ont été dites, c'est que, quand t'as une chambre à deux, tu peux pas inviter quelqu'un dans ta chambre, tu peux absolument jamais fermer la porte à clefs, euh...toutes ces règles, elles ont été édictées par le chef quoi* ».

L'éducateur 3 mentionne : « *...on l'avait discuté en équipe, on avait accepté qu'ils puissent dormir ensemble, et pis les grands pontes nous ont sauté dessus en nous disant que ça se faisait pas...le message qu'y nous ont transmis, c'est que à l'extérieur ils peuvent faire ce qu'ils veulent, mais pas à l'intérieur, on veut pas avoir de problèmes...* » « *...Les réponses que je peux donner, elles sont limitées vu que l'institution fait rien pour ouvrir le dialogue et même pour accepter le fait qu'il se passe des choses quoi* ».

Dans ce premier thème, nous constatons plusieurs choses. Il y a une rectification à faire dans la donnée que nous avons évoqué dans la démarche. En effet, le

responsable nous avait décrit une situation dans laquelle il reconnaissait la sexualité des résidants. Bien qu'il n'y avait rien d'écrit à ce sujet, il avait évoqué la sexualité comme un besoin fondamental de la personne. Cependant, les entretiens font apparaître une dimension autre que celle qu'il avait évoquée. Il semblerait qu'un positionnement d'interdiction de la sexualité soit exprimé oralement aux éducateurs. Car, lorsque nous demandons à l'éducateur 3 s'il veut rajouter quelque chose, il précise : « *Ce que je trouve intéressant et que ça montre à mon avis cette espèce d'hypocrisie, c'est qu'on te permet de venir ici, donc on est d'accord d'en parler, mais on n'en fait rien !* »

Ceci pose le problème de la cohérence de nos hypothèses, puisque, nous partions du principe que s'il n'y avait pas de concept défini sur la question de la sexualité des résidants, les valeurs individuelles des éducateurs prédefinissaient de manière arbitraire l'accession à la santé sexuelle des résidants. En l'occurrence, un positionnement officieux sur la question semble exister et les éducateurs donnent l'impression de s'y référer tant bien que mal lorsqu'il s'agit d'aborder la question de la sexualité avec leur résident.

L'éducateur 3 nuance : « ... *Mais le problème c'est que je me sens très limité ici parce que...c'est pas permis dans la maison quoi...je me sens un peu en porte-à-faux entre l'institution et mes valeurs...* ».

10.2 Le sentiment de responsabilité professionnel lié à la sexualité du résident

Tous les éducateurs entendus ont un sentiment de responsabilité lorsqu'il s'agit de la sexualité des résidants. Cependant, les circonstances faisant appel à leurs responsabilités sont variées.

Dans l'institution *sans concept*, l'éducateur 1 implique sa responsabilité lorsqu'il s'agit de « *l'hygiène physique* » du résident et pour « *éviter les abus* ». Il précise qu'il ne se sent pas responsable d'un point de vue « *moral, mais plutôt à un niveau pratique* ».

Pour l'éducatrice 2, sa responsabilité passe par le fait « *d'être là si ils ont des questions* », « *...d'essayer de les orienter* », « *...d'être assez ouverte pour*

accepter différentes sexualités » et « surtout avec les jeunes, de dire que c'est normal et qu'ils y ont droit ».

L'éducateur 3 semble se déresponsabiliser en se reposant sur l'institution. Il évoque que la responsabilité ne le concerne pas lui « *en tant qu'être humain ou en tant qu'éducateur* » mais que c'est l'équipe dans son entier ainsi que l'institution dans laquelle il travaille qui devrait être en accord afin que la responsabilité ne repose pas sur lui seul.

Dans l'institution *avec concept*, l'éducateur 1 pense qu'il est de sa responsabilité « *de faire en sorte que tout se passe bien* », « *... de répondre aux questions et de faire en sorte qu'il y ait une certaine harmonie* ». Il déclare : « *c'est un peu à nous de gérer les relations pour que ça se passe le mieux possible...si y a des pleurs ou des colères ou si y a des émotions qui sont mal digérées, on intervient* ». Plus tard dans l'entretien, il rajoute qu'« *ils ont besoin de repères et que c'est les éducateurs qui peuvent leur amener ces repères. Si possible des repères qui ne soient pas parentaux* ».

L'éducatrice 2 relie la notion de responsabilité au fait que « *la population du foyer est relativement dépendante de nous. Donc on gère beaucoup* », « *on sait toujours où ils sont* », elle conclut en disant : « *notre responsabilité c'est qu'ils aient finalement des comportements adéquats. Qu'ils rentrent dans les normes de la société* ». Plus tard, elle déclare aussi qu'elle doit veiller, lors des relations de couple, à « *la bonne volonté de chacun* » des partenaires.

L'éducatrice 3 ressent une responsabilité, mais déclare ne pas savoir où la situer, si ce n'est au niveau de la contraception.

On peut voir que les éducateurs de l'institution *sans concept* semblent tous avoir des notions très variées de leurs responsabilités. Dans l'institution *avec concept*, les éducateurs 1 et 2 font communément référence au fait de « gérer » ou de « veiller » à ce que tout se passe bien au niveau de la relation. On peut se demander si l'inscription de la sexualité dans cette institution présente des notions de responsabilités plus homogènes et plus ancrées que dans l'institution *sans concept*.

10.3 Inscription de la sexualité dans un objectif éducatif

Dans l'institution *sans concept*, lorsque nous demandons si la sexualité devrait ou pourrait, selon eux, s'inscrire dans un projet ou un objectif éducatif, les trois éducateurs répondent positivement. Par contre, lorsque nous leur demandons si c'est le cas, tous affirment que non.

L'éducateur 1 dit, je cite : « *En général, non. Quand le problème se présente, on le prend en charge. On ne nie pas ... mais on va pas chercher non plus à savoir ce qui se passe ... sauf si on s'aperçoit qu'y a des plaintes ou vraiment des comportements qui collent pas...avec la norme quoi* ».

L'éducatrice 2 déclare : « *On espère toujours qu'ils y pensent pas ici je crois. Parce que ça embarrasse beaucoup quand quelqu'un revendique la sexualité dans le groupe ou pour le groupe. On aime mieux qu'ils pensent à autre chose* ».

L'éducateur 3 regrette que ce ne soit pas le cas et précise qu'il aurait voulu le faire il y a pas longtemps pour un résident mais que la direction le lui a interdit.

Les trois éducateurs indiquent qu'il n'y a pas d'objectif éducatif à ce sujet. Mais un certain flou apparaît si un cas se présente. L'ambiguïté se situe entre la crainte qu'une situation embarrassante surgisse, sans vouloir vraiment l'approfondir et...la déception de l'éducateur 3 de ne pas avoir été autorisé à entreprendre une action éducative dans ce domaine.

Dans l'institution *avec concept*, tous les éducateurs disent inscrire la sexualité dans un objectif éducatif si la situation du résident le requiert.

L'éducateur 1 explique : « *dans l'équipe éducative, on est attentif à ce qu'ils aient une sexualité harmonieuse, mais on n'est pas attentif à ce qu'ils aient absolument une sexualité, parce que ce n'est pas de notre ressort de mettre nos normes à nous, et pis de les imposer* ». Plus loin dans l'entretien, il illustre un objectif éducatif mis en place : « *Alors ça s'inscrit dans un objectif éducatif ! Typiquement, cette fille est entrain de faire un travail avec l'assistante sociale sur le fait de savoir dire non. Pis sur les cercles relationnels, c'est-à-dire la première bulle, la deuxième bulle, elle fait tout un travail avec les cercles pour savoir ou situer les gens. Parce qu'elle est un petit peu inadéquate dans la manière d'aborder les gens quoi. Elle va tout de suite faire amis-amis avec un inconnu, je veux dire...donc on est obligé de lui apprendre, je veux dire l'histoire que je viens de raconter, c'était déjà inscrit*

dans une problématique. On travaille avec elle sur le « apprendre à dire non » et quand est-ce qu'elle doit dire non. Bon, elle a eu, dans une autre institution, elle a été violée...mais les histoires sexuelles avec elle sont des histoires récurrentes. C'est pour dire qu'elle émet plein de signaux très favorables, et pis en fait, elle le vit très mal. Donc on a travaillé avec elle sur cette problématique ».

L'éducatrice 2 évoque le groupe « Amour et sexualité » et dit que l'inscription de la sexualité dans un objectif ou un projet éducatif est à faire si les résidants en montrent le besoin, mais que ce n'est pas le cas dans son groupe.

Dans le groupe de l'éducatrice 3, l'affectivité et l'intimité se sont inscrites dans un projet de vie. En effet, avec le soutien de l'institution, un couple a été marié symboliquement et un studio a été créé pour eux. Le processus s'est construit sur une durée de 3 ans. Avant d'entreprendre des démarches concrètes, l'équipe a demandé au couple de patienter 2 ans, pour s'assurer que la relation était solide. Ensuite, ils ont accompagné les deux résidants dans la mise en place d'une vie de couple au sein de l'institution.

On observe un écart important d'accompagnement dans le domaine de l'affectivité et de la sexualité entre ces deux institutions. Dans l'institution *sans concept*, il semblerait en quelque sorte, que l'objectif éducatif sous-jacent soit de tenter de gommer, de faire oublier les besoins et les envies des résidants. Dans l'autre établissement, il y a une véritable prise en charge éducative dans ce domaine.

10.4 La partie visible de l'expression sexuelle des résidants

Nous avons divisé ce thème en trois catégories que voici.

10.4.1 Les éventuelles difficultés rencontrées par les professionnels lorsqu'il y a des manifestations sexuelles

Dans l'institution *sans concept*, l'éducateur 1 dit ne pas rencontrer beaucoup de difficultés. Il évoque : « *de temps en temps on voit des scènes, des scènes très explicites, et puis, ben on referme la porte...pis, ben je reprends des fois le sujet si*

y'a matière ». Ce propos assez révélateur de l'attitude institutionnelle qui semble « fermer les yeux » et souhaite que l'expression de la sexualité se vive à l'extérieur. L'éducateur 3 affirme ne pas rencontrer de difficultés puisque « c'est caché ». Il suppose qu'il se passe des choses mais qu'ils ne sont généralement pas au courant car ils disent aux résidants que c'est défendu. Il regrette cette « hypocrisie » et pense qu'il se passe des choses derrière leurs dos. Plus tard, il donnera un exemple de difficulté rencontrée : *« Puisque voilà, ils peuvent aller où ils veulent sauf ici, à la limite dans les toilettes à l'extérieur, sans protection sans rien et pis... qui peut aussi détruire puisque, du fait que c'est des gens qui ont un handicap psychique ils peuvent après avoir des résurgences néfastes. Y a déjà eu ce genre de chose. Puisque c'est quelque chose d'un petit peu ... ouais de défendu ici, ben on fait ça vite vite vite et pis ben ... à une personne peut être que ça convient mais pas à une autre. Une autre aura besoin par exemple de plus de préliminaire et pis, malheureusement y peut y avoir des problèmes après, et y en a eu, où les résidants se sentent mal par ce qu'ils ont fait, d'une part quelque chose qui est défendu donc ils osent pas avouer, d'autre part par la manière dans laquelle ça c'est passé, pis, ben le fait qu'on ne soit pas en accord avec ça ».*

L'éducatrice 2 mentionne comme difficulté rencontrée l'inégalité dans la répartition des chambres. Certains résidants sont seuls, mais la plupart ont des chambres à deux. Ce qui implique de « ne pas permettre n'importe quoi ». En réalité, ils ne permettent pas.

La volonté de la direction de ne pas permettre les relations sexuelles dans le foyer d'hébergement semble amener les résidants à vivre leur vie sexuelle à l'extérieur de l'institution, ou du moins, à ne pas trop exprimer leurs éventuels soucis à l'égard de leur relation. Ce fonctionnement peut expliquer que les éducateurs ne soient pas trop empreints à des difficultés liées à des manifestations sexuelles. D'autre part, ce fonctionnement conduit les résidants à vivre leurs relations sexuelles dans des conditions mauvaises et néfastes à tout point de vue, ce qui engendre des difficultés qui sont inavouables dans un contexte de censure. Nous pensons que cette option est contraire à la promotion de la santé sexuelle des usagers et que le personnel s'enferme parallèlement dans des non-dits néfastes pour le climat de travail. Les manifestations sexuelles ne sont bien entendu pas

évitées, mais elles ont tendance à se passer plus mal que s'il y avait un espace autorisé à l'intérieur des bâtiments ainsi qu'un espace de parole libérateur.

Dans l'institution *avec concept*, l'éducateur 1 se souvient qu'au début de son engagement dans cette institution (il y a 17 ans), il y avait urgence de traiter du problème, car des résidants avaient une sexualité « *un peu débridée ... et que c'était les demoiselles qui en pâtissaient* ».

L'éducatrice 2 fait référence à un jeune homme qui est très demandeur de tendresse à des moments inappropriés. Mais elle précise : « *C'est simplement un peu de cadrage, c'est pas débordant* ».

Nous voyons ici que les difficultés rencontrées ne sont pas plus fréquentes que dans l'institution *sans concept*, par contre, nous percevons une réelle prise en charge lorsque des problèmes surviennent.

Ici, l'éducatrice 3 évoque une difficulté qui n'est pas centrée sur le résidant mais plutôt sur elle-même. Elle nous fait part de son interrogation quant à prendre en compte le domaine de la sexualité des résidants : « *On dirait qu'y a une ouverture sur quelque chose d'ordre sexuel, mais qu'est-ce que je vais en faire ?* » Et, j'ai toujours pas répondu à cette question. Et elle est délicate cette question. Ne serait-ce que par rapport à mes collègues, je me suis rendu compte que...c'est déjà une question de sensibilité personnelle que de percevoir du désir chez l'autre ou pas, et pis après euh... ouais, est-ce qu'on doit stimuler ce désir, ou pas » ?

Nous pouvons constater que même dans un établissement qui favorise l'accession à la santé sexuelle et où l'équipe semble en phase avec ce positionnement, les questionnements et les doutes individuels peuvent persister. Cette éducatrice se pose des questions pertinentes ; elle fait un travail sur elle-même pour tenter d'éviter la projection. Ce travail est utile, mais le serait encore davantage s'il se faisait avec les collègues, hors jugement de valeurs. Ici, l'éducatrice garde ses questions délicates pour elle. On peut en déduire que l'application de valeurs communes est plus ou moins modulée par l'individu-lui-même. La capacité à partager avec l'équipe favorise l'esprit de cohérence éducative et aide à décrypter les besoins de l'utilisateur.

10.4.2 Les réactions des éducateurs face aux manifestations sexuelles dites « normales »

La question n'a pas été posée durant les entretiens, mais les propos des éducateurs ont fait ressortir ce thème comme catégorie émergente.

Dans l'institution *sans concept*, l'éducateur 3 indique qu'il y a des manifestations platoniques dans les lieux communs, mais que ces manifestations restent verbales. Les autres éducateurs ne racontent rien là-dessus. Quel sens donner à cette absence d'expression ? Est-ce que les résidents de cette institution ne partagent pas de relation affectueuse ? Est-ce que la pression de l'interdiction au sein de leur foyer les en empêche ? Sont-ils dans l'incapacité de vivre leur affectivité ouvertement ?

Dans l'institution *avec concept*, l'éducateur 1 cite plusieurs exemples : « *Un résident qui a une copine de « l'institution X » mais qui est en foyer extérieur, et pis là aussi, j'entends, moi je suis référant et j'ai bien senti qu'il y avait une demande de leur part, à un moment donné d'avoir une sexualité, mais qu'y avait une forte peur des parents de la résidente parce qu'ils sont de confession juive, et en fait euh...la personne dont je m'occupe, elle était surtout un peu apeurée euh...qu'il se passe des choses sans l'accord des parents. Donc j'ai dit : ben si tu permets, et si ta copine me permet ben, je peux contacter l'éducatrice de la résidente à Chaux-de-Fonds, pour voir comment on peut approcher les parents pour qu'on sache exactement ce qu'ils en pensent, parce qu'ils ont la représentation légale quoi... ... Donc ils étaient hyper ouverts, j'étais assez stupéfait, d'ailleurs l'éducatrice de la fille aussi. Et pis en fait, quand je les ai pris les deux et que j'ai expliqué que ça posait aucun problème et tout...ben à ce moment-là y a d'autres problèmes qui se sont révélés, le résident m'a dit : « mais tu sais, j'ai jamais eu de relation sexuelle jusqu'à maintenant, et pis je sais pas trop comment ça va aller, pis je sais pas comment elle va réagir, pis finalement euh...elle me demande pas grand-chose, juste que je lui caresse les seins ... et pis enfin bref, ça devenait vite un problème pour lui, et pis pour elle ben elle trouvait que finalement ça allait très bien comme ils étaient avant. Et finalement, ils ont jamais rien fait quoi ».*

Cet exemple démontre que l'éducateur a joué son rôle de facilitateur dans la volonté des résidents à éclaircir une situation avec les parents. Le résultat n'a pas

été celui que l'on pouvait imaginer puisqu'il n'a pas débouché, malgré l'accord des parents sur une relation sexuelle consommée. Ce dénouement est intéressant. En effet, nous voyons qu'il n'y a eu aucune projection ou incitation. L'accompagnement s'est fait au rythme et à la volonté des résidants. Cette illustration montre également le poids important que peuvent représenter les parents dans la vie affective et sexuelle des personnes adultes en situation de handicap.

Il raconte encore : *« Je me souviens d'ailleurs d'un résidant qui adorait les magazines porno, je veux dire pour moi ça posait aucun problème hein, il pouvait en avoir, je lui donnais l'argent pour en avoir, il m'a jamais demandé mon avis là-dessus. Je veux dire, à partir du moment où il avait une copine et qu'il la voyait pas souvent, j'ai pas grand chose à dire, mais en tout cas je lui faisais surtout pas poser une culpabilité là autour. Moi je trouvais, à la limite bien, si il trouvait son plaisir et qu'il puisse le faire. »*

Ici nous percevons un positionnement moral. Il évoque le fait, qu'étant donné que ce résidant a une copine mais qu'il ne la voit pas souvent, il ne s'oppose pas à l'usage des magazines pornographiques. Il est intéressant de voir qu'il applique son cadre de référence personnel pour donner cette permission.

Ces différents exemples affichent l'ouverture d'esprit dans laquelle se déroule l'expression d'une quête de vie sexuelle ou affective des résidants. Ces derniers expriment le sujet librement. Par rapport à l'institution *sans concept*, la notion de tabou est fortement réduite. Nous voyons ici que le résidant est au centre de la question. Ce qui pourrait paraître comme des difficultés rencontrées par le professionnel est en fait appréhendé de façon à ce que tout se passe le mieux possible pour le résidant. Les éducateurs agissent pour faciliter l'épanouissement des usagers, tout en inculquant des normes requises pour intégrer notre société.

10.4.3 Les réactions des éducateurs face aux manifestations sexuelles dites « inadéquates ou déviantes »

Dans l'institution *sans concept*, l'éducateur 1 se souvient d'un résidant qui *« draguait une gamine, en fait une mineure, alors c'est clair que là, on discute pas, on met tout de suite euh...je crois que la personne, elle a même été changée*

d'institution, pour l'éloigner du...du village. Donc là, y a pas de discussion. Dès, dès que ça touche à la loi, on discute pas en fait ».

Nous constatons que lorsque cela fait référence à la loi, l'établissement réagit. Cependant, le transfert du résidant dans un autre établissement déplace le problème sans le régler.

Lorsque nous posons la question à l'éducatrice 2, elle demande : « *déviante mais euh ? Tu entends par exemple l'homosexualité* » ?

Cette clarification, en tant que chercheur, souligne l'importance de vérifier que nous avons la même définition des mots employés. Pour nous, l'homosexualité n'est pas une déviance mais une orientation sexuelle. Cet ajustement nous ramène à notre hypothèse de base : si rien n'est défini officiellement sur la question de la sexualité, ce sont les valeurs individuelles ou les croyances qui prennent le pas. imaginons que selon la représentation de l'homosexualité de l'éducateur qui pourrait y être confronté par le biais d'un résidant, les réactions puissent être diverses et laisser place à des jugements de valeurs.

Dans l'institution *avec concept*, l'éducateur 1 parle d'un résidant qui imposait des relations sexuelles à une résidante pendant la nuit. La première réaction du personnel fut de fermer à clef la porte du résidant pendant la nuit. Cette réaction fait penser à la réaction de l'institution *sans concept* qui agit en coupant le symptôme, sans chercher à le traiter. Il dit ensuite : « *Alors là y a aussi un travail éducatif à faire dans le sens où les règles de base, je dirais, de l'affectivité et de la sexualité c'est quand même respecter l'autre, c'est pas imposer des choses qu'on veut pas faire...* (en parlant du fait que le résidant impose quelque chose à une résidante qui ne veut pas le faire) ». Cet exemple est d'une importance cruciale dans le rôle du tiers-éducateur, qui comme une autorité (parent, justice, personnel éducatif) doit mettre un stop à un comportement dommageable et interdit par la loi.

Un autre exemple illustre notre propos : « *Alors...oui on est confronté parce qu'on a des résidants qui ont de la peine à gérer leur sexualité. Je m'occupe notamment d'un résidant qui a des pulsions pédophiles. Selon lui, il a des pulsions pédophiles, il dit qu'il a peur heu...quand il voit des enfants. Alors je lui demande comment il agit et il me dit qu'il est parti. Alors je lui dis qu'il a bien agit...jusqu'à*

maintenant, il a jamais passé à l'acte, mais il a toujours peur de ça donc ça devient un véritable problème quoi. Donc, comme il a besoin d'être rassuré, je suis allé voir un endocrinologue qui lui a prescrit de « l'androcur ». Mais euh...je dirais qu'il pourrait avoir une sexualité déviante, il en a peur, il nous le dit, on le gère, et ça se passe bien. En plus il a déjà été victime d'abus sexuels de ses parents, donc hyper complexe. Donc, par rapport à des comportements sexuels déviants, euh je veux dire on s'appuie sur des professionnels comme des psychologues, endocrinologues, un psychiatre qu'il voit régulièrement».

Dans cet exemple, la notion de responsabilité est centrale, eu égard à la dangerosité des pulsions pédophiles du résidant. L'introduction de la médication a non seulement pour but de rassurer le résidant, mais de le protéger surtout d'un délit sexuel. L'accompagnement renforcé par une psychologue et un psychiatre démontre que la médication, dans ce cas, est une béquille non-négligable, mais pas une finalité.

Lorsque nous faisons référence à des situations inadéquates, l'éducatrice 2 nous donne l'exemple d'un résidant qui danse de manière connotée sexuellement. Elle nous dit : *« Ce qu'il nous a dit c'est qu'il faisait comme dans les clips. Alors wouah... là on s'était dit : « ouais, y a du boulot » ! Là y a de l'éducation à faire, vraiment de lui apprendre ce qui se fait, ce qui se fait pas, le respect...ça c'est des histoires après d'éducation mais...y faut être attentif et pis pas passer à côté. Parce que après on peut tout imaginer hein...l'influence entre eux et tout ça, mais lui il est justement d'un niveau un peu plus élevé, plus autonome, donc ça pourrait devenir, je dirais pas dangereux mais faut être attentif. Si on voit rien c'est vrai que je pense qu'y pourrait se passer des choses par forcément agréables pour tout le monde. Je veux dire, j' imagine qu'il passe à l'acte avec quelqu'un pis qu'il veuille un peu la forcée, je pense que ce serait faisable. Mais il est jeune donc du coup, tout le monde est quand même très attentif et vigilant ».*

On prend conscience que lorsqu'il s'agit d'attitudes déviantes ou inadéquates, cela fait intervenir le devoir de responsabilité. On peut aussi voir que les réponses apportées, lorsqu'il y a des expressions inadéquates de la sexualité, sont d'ordre éducatif.

10.4.4 Capacité de partager avec l'équipe éducative

Dans l'institution *sans concept*, les interviewés déclarent tous partager les difficultés liées à la question de la sexualité en équipe, de manière informelles.

L'éducatrice 2 rajoute : « *Mais c'est très difficile d'en parler parce que c'est un petit peu chacun d'après son caractère et plus tellement une question d'éducateurs, de formation ou n'importe quoi, on voit que ça part de la façon de vivre, des convictions, y'a aussi le côté religieux « de jamais avant le mariage », plein de trucs donc euh...on doit en causer mais c'est très difficile de déboucher sur quelque chose* ».

Lorsque nous lui demandons s'il y a possibilité d'en parler avec les responsables, elle poursuit : « *Ça commence officieusement mais ça finit au colloque quand même. Mais même au colloque, on a le responsable et le plus responsable, qui ont pas tout à fait...enfin ils ont pas les mêmes bases donc euh...entre eux, on sent que ça joue pas quoi* ».

Ces deux assertions confirment la difficulté d'appréhender la sexualité des résidents. L'appartenance socio-culturelle de chacun ainsi que ses expériences antérieures influencent la posture éducative lorsque les responsables ne peuvent pas dicter une « marche à suivre » puisque entre eux, ils sont en désaccord.

Dans l'institution *avec concept*, les trois éducateurs évoquent à plusieurs reprises la facilité de partager leur questionnement en équipe et combien il est confortable d'être consensuel dans ce domaine.

10.4.5 Position du tiers-éducateur dans l'intimité du résident

Dans l'institution *sans concept*, nous n'avons pas été assez clair dans l'énoncé de notre question, ce que nous regrettons. De ce fait, lorsque nous demandons aux interviewés s'ils pensent avoir un rôle dans l'intimité des résidents, l'éducatrice 2 ne répond pas à la question. Mais l'éducateur 1 dit qu'il a « *volontairement une absence de rôle sauf si un problème se pose* ». Dans ce cas, il pense avoir un rôle indirect pour « *peut-être réévaluer les valeurs qui sous-tendent ce qui se passe* ».

L'éducateur 3 suggère : « *Je dirais qu'on a un rôle à jouer par rapport au respect de l'intimité, par rapport aussi à leur expliquer ce que c'est l'intimité, comment ça*

se joue entre deux personnes dans la même chambre, etc. parce que ... ici y a quand même des chambres à deux lits ... à ce niveau-là, oui, moi j'ai un rôle ».

Nous demandons alors s'il y a un espace dans l'institution où les résidants peuvent vivre leur intimité. Tous les trois répondent qu'il n'y a pas de lieu où ils peuvent être seuls. Mis à part, pour ceux qui ont une chambre simple. L'éducateur 3 évoque l'installation d'un paravent pour l'intimité des personnes qui sont en chambre double.

L'éducatrice 2 précise que, même si les résidants ont une chambre à un lit, ils ne peuvent pas fermer la porte de leur chambre. Elle évoque même que si elle était dans ce cas, elle économiserait pour se payer une chambre d'hôtel. Plus tard dans l'entretien, elle lance : *« Pfff... Je pense qu'ils ont d'autres moyens, ce qui est triste quoi, ils ont les toilettes et les douches parce que là tu peux fermer à clefs, euh... »*

Nous constatons que l'intimité se révèle difficile voir impossible à l'intérieur du foyer. Si les résidants ont la « chance » d'occuper une chambre seule, l'intimité y est relativement mince ou contrôlée. Si le paravent sépare de la vue, il n'isole pas du son et ne constitue pas un moyen suffisant et efficace pour assurer une intimité absolue. Serions-nous prêts à vivre une relation intime voir sexuelle avec, comme seule protection de notre sphère privée, un paravent ? Ceci nous amène à la question abordée dans notre problématique, *« Car de quel autre s'agit-il, d'Alius, l'autre différent qui justifie alors toute mesure particulière prise à son égard ? Ou d'Alter, l'autre moi-même en qui je suis bien obligée de me reconnaître »*⁴⁹ ? Lorsque l'éducatrice 2 déclare : *« Moi, je pourrais jamais être dans cette situation quoi. J'économiserais pour aller louer une chambre d'hôtel par exemple (rire). Mais y'a rien qui favorise ici, et on fait tout pour qu'ils soient découragés »,* nous sommes renvoyer à Alius !

Dans l'institution avec concept, L'éducateur 1 explique : *« Alors si je sais qu'il sont deux dans leur chambre, et puis que...qu'ils font l'amour par exemple, c'est clair que...franchement, un éduc. qui vous répond oui, je suis dans mon droit d'intervenir, faut presque aller le dénoncer à la direction, je veux dire ».* Il précise

⁴⁹ BARTILLET-LEPLEY M., « Sexualité et handicap, le paradoxe des modèles » (2001) l'Harmattan : Paris

que si, par contre, en la présence des résidants concernés, il fallait intervenir pour des raisons particulières, comme par exemple, une résidante qui ne sait pas dire non, il doit stopper. Il est intéressant de mesurer l'écart de réalité entre les propos de cet éducateur, qui parle presque de maltraitance en intervenant dans l'intimité des résidants et son interdiction exigée par la direction de l'institution *sans concept*.

Les éducatrices 2 et 3 nuancent en soulignant que l'intimité est déjà altérée dans le fait que les éducateurs interviennent dans la nudité liée à l'aide aux douches et à l'habillement et sont, par conséquent, témoins de la nudité des résidants. De plus elles ajoutent que l'équipe veille au maximum à l'intimité des résidants en permettant les portes fermées et en toquant avant d'entrer dans une chambre.

Nous constatons que dans l'institution *avec concept*, la notion d'intimité est préservée du mieux possible dans un contexte qui reste malgré tout celui de la vie en communauté.

À ce sujet, nous avons été frappé lors de la visite des deux institutions, par les disparités de marquage de territoire. Dans l'institution *avec concept*, les chambres doubles n'existent pas. Chaque résidant a sa propre chambre, avec le droit d'en disposer comme il l'entend. Les lieux de vie sont personnalisés par les résidants. La présence de photos et de dessins indique que ce lieu est le leur. Lorsque nous nous y sommes rendus, il y avait une sonnette qui indiquait que nous étions chez eux. Ces éléments apparemment anodins démontrent une volonté institutionnelle d'offrir un « chez-soi » aux résidants.

Dans l'institution *sans concept*, un ascenseur nous mène tout droit au foyer. Il n'y a ni porte ni sonnette. Le foyer n'est pas non plus personnalisé par ses habitants. La multitude de chambres doubles donne des repères significatifs sur les freins à l'intimité des résidants.

10.4.6 Administration de médicaments pour calmer les pulsions sexuelles

Dans l'institution *sans concept*, les trois éducateurs parlent du même et seul résidant qui suit un traitement à « l'androcur » (préparation hormonale qui inhibe l'influence des hormones mâles). Ce jeune homme avait des comportements

sexuels inadéquats. Il se « *masturbait de façon intempestive et de façon à aller jusqu'à l'auto-mutilation* ». Il avait également un « *comportement déviant face à la gente féminine* ».

Des démarches de traitements d'un autre genre ont été entreprises avant l'administration de ce médicament. Ce jeune homme a bénéficié d'une thérapie avec un sexologue spécialisé dans le handicap. A notre surprise, la thérapie a été interrompue par faute de moyens financiers...

Ensuite, l'éducatrice 2 ajoute que l'équipe éducative a tenté « *d'enlever tout ce qui faisait qu'il se masturbait...d'enlever son sac de couchage, ils ont essayé de lui expliquer que ça se faisait pas, ils ont essayé beaucoup de choses mais après, ça tourne en agressivité, ça tourne en nervosité. Donc euh, c'est pour le calmer j'entends. Qu'il arrête, qu'il pense à autre chose quoi* ».

Cette recherche de solution démontre que les pulsions sexuelles non assouvies, sanctionnées par l'interdiction, mettent la personne dans des états de nervosité et d'agressivité contraire à l'effet escompté. La médication ne permet pas de résoudre le problème de ce résident, mais seulement de couper le symptôme. La solution recherchée dans ce cas ne favorise pas l'épanouissement du résident, mais renie ses pulsions.

L'éducatrice 2 explique : « *Quand même dans la chambre avec des rituels, sac de couchage et compagnie ! Ça gênait l'entourage, ça gênait la deuxième personne qui était avec lui dans la chambre* ».

Sans remettre en cause le risque de dangerosité des pulsions de ce jeune homme, la cohabitation à deux dans la chambre révèle le problème de manque d'intimité.

Dans l'institution avec concepts, il y a l'exemple cité du résident qui se sent lui-même en danger à cause de ses pulsions pédophiles. Ce cas sort du registre de la masturbation intempestive et fétichiste. L'éducateur recommande plutôt la double protection du résident (mise en danger de délit sexuel et sécurité pour la victime potentielle), en justifiant la consultation chez une endocrinologue. La finalité est la même que dans l'exemple ci-dessus, par contre les raisons sont différentes. Dans un cas, il s'agit d'augmenter le confort de l'entourage du

résidant alors que dans l'autre cas, la préoccupation première est le résidant lui-même en lui prodiguant le soin thérapeutique qui le rassure et le protège.

10.4.7 Gestion du double statut adulte/handicapé par l'éducateur

Dans l'institution *sans concept*, l'éducateur 1 pense qu'il « *ne privilégie pas un statut, mais que cela reste au cas par cas* ».

L'éducatrice 2 propose : « *... Ils devraient avoir la possibilité de fermer leur porte à clefs ... Ils devraient pouvoir vivre une sexualité, mais avec tout ce qui est pour la favoriser. Parce que là on voit vraiment que c'est pas du tout favorisé ici. Disons qu'on les considère pas comme des adultes* ».

L'éducateur 3 remarque : « *voilà y a des pulsions, y a des demandes, y a des manques, et pis des fois, ça doit être assouvi quoi ça. Donc, je crois pas que l'altération de la responsabilité du résidant a un rôle ... je crois plutôt que ça fait partie de l'être humain ça. Après, ta question, je pense que c'est plutôt le statut d'adulte qui prend le pas dessus. Après c'est clair qu'y a d'autres enjeux qui prennent le dessus. Est-ce que la personne a conscience de la prévention, conscience des maladies, conscience de ce qui peut arriver ? Là faut voir, je pense qu'on a un rôle dans ces choses-là. Mais je pense que le statut d'adulte est à mon avis prépondérant* ».

La diversité de ces trois discours montre l'ambiguïté de ce double statut. Il y a trois façons différentes de voir les choses. S'il n'y a pas de positionnement institutionnel défini, on peut craindre la disparité de prise en charge au sein de la même institution selon l'éducateur-référent du résidant. Une règle institutionnelle implicite qui consiste à exclure l'expression de la sexualité dans un foyer ne permet pas de percevoir ce manque de cohésion.

Dans l'institution *avec concept*, l'éducateur 1 reprend l'exemple où il a réuni les parents des résidants qui désiraient vivre une sexualité, mais qui craignaient le désaccord des parents. Il avance : « *Bon au niveau formel je sais pas moi, on pourrait tout à fait imaginer qu'on puisse les autoriser à avoir une sexualité sans être obligé d'avoir l'accord des représentants légaux, c'est quand même des personnes hein...adulte* » ! Mais, lorsque nous lui posons la question de son

positionnement sur le double statut, sa réponse se nuance : *« J'ai rarement une vision noire-blanc, donc j'ai pas répondu l'un ou l'autre...donc je dirais qu'y a un équilibre à trouver entre les deux. Moi j'aurais tendance à les voir en adultes en premier. Et puis après, en personnes handicapées mentales qui ont une certaine difficulté à gérer des problèmes ... donc je pense qu'inévitablement ils ont besoin de repères et que c'est les éducateurs qui peuvent leur amener ces repères. Si possible des repères qui ne soient pas parentaux. Donc c'est pour ça que je dis, adulte en premier, handicapé mental en deuxième, pour pouvoir être le plus proche de la norme adulte quoi. Avec l'aide d'un éducateur. »*

L'interviewé pondère bien cet équilibre à trouver entre les deux statuts, mais il penche plutôt pour celui de l'adulte avant celui du handicap. Il fait référence au statut d'adulte lorsqu'il évoque le fait de ne pas être obligé de concerter les parents s'il s'agit de la sexualité de leurs enfants (devenus adultes) ainsi qu'à leurs besoins de repères qui ne devraient pas relever d'une injonction parentale.

Lorsqu'il explique : *« ...que ce soit donc de spiritualité ou de sexualité, des problèmes qui sont quand même hautement philosophiques, nous-même on a passablement de peine à gérer j' trouve. Enfin y me semble que c'est deux domaines hyper complexes. Donc ça me paraît normal qu'eux ils aient de la peine à s'y repérer ».*

Il montre que pour lui, la sexualité des résidents s'approche d'Alter, l'autre moi-même en qui je suis bien obligé de me reconnaître.

L'éducatrice 3 affirme : *« Mais de toute façon, ils sont d'abord personnes handicapées ».*

Malgré un concept et un positionnement institutionnel clair et défini, les avis restent partagés. Bien que des valeurs communes soient valorisées, des fluctuations de positionnement se dégagent. Tout au long de l'entretien avec l'éducatrice 3, nous avons eu l'impression qu'elle ne se sentait pas très à l'aise avec le sujet. Elle ne semblait pas vraiment au clair avec elle-même sur la manière d'appréhender la sexualité des résidents. Nous comprenons que l'intérêt pour cette question soit variable. Indéniablement, la grande collaboration et le partage en équipe permet à des éducateurs moins à l'aise de se « reposer » sur d'autres,

pour qui le sujet est plus facilement abordable, sans que cela prétérite les résidants.

10.4.8 Travail de réseau, collaboration et formation interne

Les réponses des éducateurs de l'institution *sans concept* sont difficilement interprétables. Tout au long des entretiens, ils déclarent être freinés, et se sentir inactifs voir impuissants face à la résistance des responsables qui rejettent l'accession à la vie sexuelle en institution. On pourrait s'attendre à une absence de collaboration et de travail de réseau. Cependant la réponse de l'éducateur 1 ne coïncide pas. Il précise que si les couples formés deviennent solides, tous les partenaires de réseaux sont mis au courant. On peut se demander quelles suites sont données à ces informations... Nous n'avons pas poser la question sur le moment. Les deux autres éducateurs mentionnent que parfois ils discutent d'un cas précis en colloque mais que les autres partenaires ne font pas partie des débats.

Les réponses sont souvent identiques chez l'éducateur 2 et 3, l'éducateur 1 a rarement la même perception de ce qui se passe à l'intérieur de l'institution. Pourquoi ? Est-ce que ces divergences démontrent le flou du positionnement institutionnel dans ce domaine ? Pour répondre à cette question, nous manquons d'informations et il faudrait interroger l'ensemble de l'équipe.

Quant à la question de la formation interne spécifique à la sexualité des personnes en situation de handicap, les interviewés donnent tous l'exemple de l'intervention du planning familial, qui était en fait réservé aux résidants et non aux professionnels. Mais nous y reviendrons dans le thème 10.4.11.

Dans l'institution *avec concept*, les éducateurs disent, de façon unanime, collaborer au sein de l'équipe et avec les responsables concernés. Ils évoquent aussi, comme partenaire de réseaux, les parents, les assistants sociaux, les maîtres socio-professionnels, les tuteurs, les psychologues, les psychiatres et les médecins ainsi que le groupe « sexualité et intimité » de l'institution. En ce qui concerne les formations internes, ils mentionnent la venue d'une sexologue canadienne qui est intervenue spécifiquement pour la question de la sexualité et de l'intimité des personnes en situation de handicap. Ils ont rencontré Madame

Agthe Diserens dans le même contexte. Il font également référence à des ouvrages sur ce thème dans la bibliothèque de l'institution.

10.4.9 La santé sexuelle vue par les éducateurs

Dans l'institution *sans concept*, la définition de la santé sexuelle de l'éducateur 1 est formulée ainsi : « *Avoir des relations si on le souhaite avec une personne consentante, et puis tenir compte des aspects hygiéniques et de santé* ». Nous lui demandons, s'il pense que les résidants remplissent ses critères de santé sexuelle. Il répond : « *En partie oui. Ouais je pense que...pour la plupart d'entre eux, ils se débrouillent pour l'avoir, dans les conditions qu'ils ont...et puis, personnellement, je trouve qu'ils font preuve de passablement d'imagination (rire). Pour moi euh...en résumé, je pourrais dire que la vie trouve toujours un chemin (rire). C'est un peu ça* ».

Cette appréciation ne semble pas vraiment remplir ces critères de santé sexuelle. En effet, « *s'ils se débrouillent dans les conditions qu'ils ont* » et si nous faisons référence à ce que les éducateurs décrivent à propos, des toilettes et des douches comme lieu de proximité sexuelle, ceci ne paraît ni remplir le critère d'hygiène, ni celui d'une communication épanouissante. Une relation sexuelle dans les toilettes ne correspond peut-être pas à ce que souhaiterait un couple. « *Cette vie qui trouve toujours un chemin* », corrobore la force avec laquelle deux personnes attirées sexuellement préfèrent se retrouver dans un lieu d'aisance plutôt que pas du tout ! Si la symbolique des toilettes montre quelque chose de sale, le couple sexué montre sa puissante énergie à s'accoupler. Dans ces conditions institutionnelles, serait-ce la solution du moindre mal ? Peut-être. À la condition qu'un des partenaires ne soit pas l'objet de l'autre.

L'éducatrice 2 définit la santé sexuelle par le fait de : « *Pouvoir répondre à ses besoins, quelqu'un qui a des besoins, ben faut qu'il puisse avoir des relations sexuelles, et quelqu'un qui en a pas, faut pas lui dire que c'est bon pour sa santé ! Donc que les gens soient libres puis sachent ce que c'est, qu'ils puissent en parler, qu'ils puissent faire ce dont ils ont besoin* ». Dans sa définition, l'interviewée applique la notion de liberté, chère à chacun et l'envisage idéalement. On ne

perçoit pas l'écart de réalité entre les conditions de vies sexuelles des résidants et une expression libre, authentique, d'une vie sexuelle épanouissante.

L'éducateur 3 dit: *«Je pense que pour moi c'est quand même des besoins physiologiques, donc euh, satisfaire ces besoins, ça fait partie d'une certaine forme de santé. Je sais pas trop comment expliquer ça...(soupir)...le fait de restreindre l'acte, j'entends, pour moi, la santé sexuelle ça passe déjà par l'intimité jusqu'au but final qui est la relation sexuelle, voir même les enfants, la famille etc. Pour moi, c'est un grand processus, c'est un « tout » disons. Mais c'est vrai que si je prends plutôt à l'inverse, c'est-à-dire de ne pas être dans ce processus, euh, on n'entre en tout cas pas dans une certaine santé de la personne ».*

Lorsqu'on lui demande si cette définition correspond à la réalité des résidants au foyer il répond :*« Ah ben non ! Puisqu'on les coupe euh...à l'entrée quoi (rire gêné) disons y a peut être un petit cheminement du processus puisqu'il peut y avoir des affinités, des câlins, des ... comment c'est qu'on peut dire ça ? Des attentions particulières à l'autre, mais ça s'arrête là. Disons que c'est ce qu'on veut bien, nous, en tant qu'éducateur euh... voir et accepter. Voilà ».*

Ces trois propositions montrent que le concept de santé sexuelle est relatif. Chacun y va de ses perceptions et de ses valeurs. Dans cette institution, les résidants semblent avoir une place physique, psychique et sociale restreinte pour exprimer leur vie affective et sexuelle. L'aspect relationnel et langagier semble également lacunaire pour favoriser une approche flexible de la vie intime des usagers. Un effort d'ouverture rendrait les situations plus authentiques et vivantes. Dans l'institution avec concept, l'éducateur 1 voit la santé sexuelle comme le fait de *« Se sentir bien dans sa peau, vis-à-vis de soi et des autres dans la mesure du possible. Mais ce que je vois derrière la santé sexuelle, c'est une notion individuelle. Je pense que chacun a sa notion de sa propre santé sexuelle...mais mes critères de santé sexuelle... j'ai une vision assez ouverte et large de la sexualité. Pour moi y'a pas de tabou, à partir du moment où les personnes sont consentantes. Je pense aussi que c'est bien d'avoir des expériences et d'essayer des choses ».*

Son avis stipule que les résidants ne remplissent pas ses critères, eu égard à sa vision très ouverte et qu'il perçoit beaucoup de barrages intérieurs chez les

résidants, à travers par exemple, « *les fortes normes dont ils (les résidants) sont imprégnés par leurs parents* ».

L'éducatrice 2 désigne la santé sexuelle comme le fait de pouvoir « *assouvir ses pulsions de manière saine et régulière* ». Elle affirme que les résidants du foyer peuvent vivre ce qu'ils ont à vivre et sont en phase avec ce qu'elle pense.

L'éducatrice 3 propose : « *la santé sexuelle, ce serait d'avoir une sexualité qui corresponde à nos besoins propres* ». Mais elle n'est pas sûre que les résidants puissent bénéficier de cela puisqu'elle précise « *ne pas demander aux résidants s'ils se sentent bien dans leur vie ou s'ils ont des besoins qu'ils voudraient combler* ».

Ici, l'écart se situe entre la vision idéale d'une santé sexuelle comblée agréablement par la satisfaction des besoins et le doute provenant d'une méconnaissance, nourrie par un manque de vérification auprès des résidants. Rappelons qu'un domaine dans lequel nous ne sommes pas à l'aise rendus son approche entravée.

10.4.10 Assistance sexuelle et sexe tarifé

Tous les éducateurs entretenus reconnaissent que l'assistance sexuelle serait une réponse intéressante pour certains résidants.

Dans l'institution *sans concept*, l'éducateur 1 dit avoir fait recours à des prostitués dans certains cas, dans sa carrière, mais pas dans cette institution. L'éducatrice 2 raconte qu'ils en ont parlé au sein de cette institution, mais qu'ils ne sont jamais allés plus loin. Elle rajoute, en évoquant le résidant qui est traité sous androcur : « *...Depuis que je suis là j'entends qu'il faudrait le laisser aller voir euh... une dame. Qu'il puisse voir une fois ce que c'est, parce qu'on pense tous qu'il a jamais passé à l'acte, qu'il a ça dans la tête mais qu'y sait pas...* » Elle ajoute : « *Pis on pense pas que c'est un besoin, et pis dans notre groupe, j'entends quand même deux, trois personnes c'est une question de religion, je dirais, il faut qu'on soit un couple, il faut qu'on soit ensemble depuis longtemps, il faut qu'on ait d'autres attentions, il faut etc. donc euh ... alors que quand t'es handicapé tu peux peut-être pas toujours construire ça. Pis même ceux qui sont pas handicapés, y'en a qui vont voir les putes donc euh ... donc il vont pas construire*

une relation avec la nana. Donc on accepte pour les autres, mais on n'accepte pas pour eux... Ceux qui ont la religion et tout ça, ils n'acceptent pas qu'ils aillent voir les putes non plus ».

Ici nous voyons à nouveau l'influence que peut avoir la religion et les valeurs morales sur les positionnements des éducateurs. Elle donne également une autre indication à propos d'Alter ou d'Alius. Lorsqu'elle dit : « On accepte pour les autres mais pas pour eux », elle démontre qu'il y a une tendance à considérer l'autre comme quelqu'un en qui il faut prendre toute mesure particulière.

Dans l'institution avec *concept*, l'éducateur 1 confie qu'il trouve que ce serait bien mais que ce n'est pas encore assez installé en suisse romande. Il raconte ensuite : « *Je m'occupe d'un petit jeune de 22 ans et pis il est un peu dans la phase maintenant, où il découpe des jolies filles dans les magazines, pis il les mets dans sa chambre. Dernièrement y avait son lit qui était tout sale quoi, et pis je lui dis de changer son lit, pis y me regarde en me demandant si je sais ce que c'est sur le lit. Je dis non pis il me dit « ben c'est du sperme ». et pis euh...du coup je trouve que lui il aurait besoin. Bon il a eu une copine un moment, pis on a eu des discussions au bureau, des entretiens ».*

Cet exemple serait propice pour apporter des informations sexuelles à ce résidant. Elles pourraient être d'ordre anatomique, physiologique et psychologique. Adaptées à la compréhension du résidant, même très simplifiées, elles auraient aussi force de prévention. L'éducateur montre tout de même l'attention qui a été portée en mentionnant les entretiens qui ont eu lieu. Toutefois, cette situation ne paraît pas appropriée au recours à l'assistance sexuelle.

Ensuite, il fait référence à une émission de la TSR sur l'assistance sexuelle. Notre personne ressource, Mme Agthe Diserens, y a participé en tant que personne active et militante pour que la législation reconnaisse l'assistance sexuelle. En effet, pour l'instant, la Suisse romande ne fait pas de différence, d'un point de vue légal entre la prostitution et l'assistance sexuelle.

A ce propos, l'éducateur raconte sa participation dans ce domaine : « *J'ai des amis handicapés physiques, dont je suis suffisamment proche pour qu'ils me téléphonent pour les amener faire des tournées, quoi. Pis quand je viens le rechercher je le retrouve avec un immense sourire, même des fois, avec le fou rire*

(rire). Mais bon c'est aussi arrivé que les nanas quand elles le voient elles disent non, quoi. D'où l'importance des assistants sexuels qui sont adéquats et qui connaissent les problématiques des personnes handicapées, quoi. Je trouve dommage que rien n'est fait en terme d'approche de toucher et tout ça parce que je trouve que c'est un aspect de la vie qui est tellement important, que je trouve dommage, franchement » !

Nous mesurons dans cet exemple, que l'assistanat sexuel permet aux personnes en situations de handicap de vivre une sexualité à l'abri du rejet stigmatisant.

L'éducatrice 2 dit : « *Ce serait intéressant ! Mais en même temps, un à qui je fais référence, il a une maman tellement protectrice qu'on pourrait jamais lui faire passer ça. Mais c'est vrai que ce serait un apport intéressant...en même temps...ben j'allais dire il en fait pas la demande, mais en fait, il est même pas au courant que ça existe » !*

Ici nous relevons l'importance que peut avoir l'avis des parents sur l'accession à une vie sexuelle pour le résident.

L'éducatrice 3 explique qu'un résident a exprimé une excitation sexuelle lors d'un massage du dos par une stagiaire. Ils ont, dès lors, organisé des séances de massage avec une professionnelle externe à l'institution. Elle dit qu'il a beaucoup de plaisir et qu'il est très heureux lorsqu'il revient de ses séances de massage (du dos). Elle n'a jamais demandé à la masseuse s'il montrait une excitation d'ordre sexuel lors de ces massages, mais nous avons le sentiment que les services d'une assistante sexuelle seraient peut-être une réponse plus adéquate pour aborder les plaisirs liés au toucher et à la sensualité.

10.4.11 Prévention et information sexuelle pour le résident

En ce qui concerne l'institution *sans concept*, les interviewés font tous référence à une intervention du planning familial qui s'est déroulée il y a quelques années. L'éducateur 3 précise que cette intervention se faisait sur inscription des résidents. Plus de la moitié s'y était inscrit, ce qui démontre l'existence d'un besoin réel. Malheureusement, cette intervention n'a jamais été répétée. De ce fait, les nouveaux résidents n'ont participé à aucun programme de ce genre. Lorsque nous avons demandé si des préservatifs avaient été mis à disposition, la

réponse fut déconcertante : *« Quand le planning familial était venu, ils nous en avait laissé mais euh...je sais pas où ils ont passé et pis euh, je sais pas si quelqu'un leur a donné ou...je sais pas du tout. Je les ai jamais vu moi, personnellement ».*

Nous avons le sentiment que les résidents n'ont pas été considérés comme des adultes, puisque le planning familial a préféré donner les préservatifs aux éducateurs. D'autres part, l'incertitude quant au fait de les avoir redistribués aux personnes concernées démontre le peu d'importance donnée à la prévention.

Dans l'institution *avec concept*, la prévention semble également être une lacune. En effet, les résidents ne bénéficient plus d'un programme de prévention et d'information sexuelle, faute de restrictions budgétaires. Il semble pourtant qu'un besoin réel existe. Nous le voyons lorsque l'éducateur 1 lance : *« Mais il a une vision de la sexualité qui est pfff...mais à dix mille lieu de ce qui se passe. On a parlé de masturbation pis j'ai vérifié si il savait ce que c'était. Mais il avait rien compris, quoi. Parce que avec eux, faut toujours vérifier ».*

10.4.12 Positionnement du professionnel face aux différents types d'expression de la sexualité

Dans l'institution *sans concept*, l'éducateur 1 explique : *« ...Ca ne me regarde pas qu'elle soit hétérosexuelle, homosexuelle, de consommation ou régulière. Pour moi c'est...c'est dangereux d'entrer là-dedans, parce qu'on a plus à faire à de la norme, à une morale, qu'à la réalité. Donc euh, c'est vrai que c'est pas facile d'en sortir mais pour moi, personnellement j'essaie de voir ça comme une activité physique normale dont les êtres humains ont besoin...et puis à partir de là...C'est-à-dire d'essayer de mettre mes préjugés ou les préjugés de côté. Et de se fixer sur ce qui est le plus objectif possible, ou le moins subjectif, c'est-à-dire la loi ! Et pis toujours la même chose, c'est-à-dire l'hygiène, et pis de vérifier qu'une des deux personnes ne se sente pas abusée quoi ».*

Lorsqu'il fait référence à la loi, il sous-entend les interdictions législatives, mais ne semble pas faire allusion au droit de la personne et de la liberté individuelle qui prévoit que chaque individu peut jouir d'une sexualité. Il ajoute également son souci de vérification pour éviter les comportements intrusifs ou abusifs. Là,

l'éducateur explique sa volonté de ne pas faire intervenir la morale et de considérer les personnes en situations de handicap comme « un autre moi-même en qui il est obligé de se reconnaître ».

L'éducatrice 2 corrobore : *« Y'a pas de mal à se faire du bien, donc euh ... pour moi y'a pas besoin qu' il y ait une relation durable, euh...y a pas besoin que... C'est, c'est comme les autres gens, même qui sont en institution même qui sont un petit peu handicapés, chacun est différent...tu peux avoir un mec qui reçoit une jolie nana tous les soirs, quoi. Pis t'en a un qui est avec la même depuis 30 ans quoi. Donc c'est pas parce qu'ils sont handicapés qu'ils doivent être différents, il peut y avoir toutes les variantes. Tant mieux pour eux quoi ».*

Son positionnement personnel démontre une ouverture d'esprit vis-à-vis des différents types d'expressions de la sexualité, cependant, par rapport à ce que qui est d'usage dans cette institution, il paraît difficile de le mettre en pratique. D'ailleurs, elle en est fait mention plus tard dans l'entretien. Ainsi, elle poursuit : *« Moi je pense qu'y faudrait s'adapter quand même à l'idée générale, à la ligne de la maison, c'est, c'est très difficile et pis ... j'ai pas tellement envie de le faire. Mais à ce moment-là, si j'ai envie de le faire, donc de ne pas suivre, y faut bien que je précise que c'est que mon avis. Et pis bon, tu peux pas, enfin y faut faire aussi attention, tu peux pas monter les gens contre euh ... (elle fait comme si elle s'adressait aux résidents) Ouais, moi j'aimerais bien que vous puissiez aller voir les putes, mais vous savez euh ... y en a trop qui veulent pas, c'est des choses à éviter, c'est clair. Donc t'es bien obligée de te rallier à la majorité. Tout en pouvant expliquer que, c'est pas grave, je trouve que ça peut arriver...de se masturber. C'est pas mauvais pour la santé, on devient pas sourd (rire). Ce genre de truc quoi ».*

L'éducateur 3 dit : *« Euh, ben disons que pour moi, c'est un processus, donc tout ce qui rentre dans ce processus, je peux l'expliquer, je peux adhérer, je peux entrer là-dedans. Maintenant, vu qu'y a pas de débat, de concertation entre collègues, on peut pas avoir une définition commune de ces expressions. Donc pour certains ça va être horrible que quelqu'un se masturbe et pis pour un autre c'est tout à fait normal».*

Ces deux discours démontrent le sentiment de tiraillement entre les règles implicites de l'institution, les divergences d'opinions du groupe et la volonté de ces éducateurs de permettre aux résidants de vivre une vie affective et sexuelle. Ce tiraillement pourrait éventuellement signifier un sentiment d'ambivalence, c'est-à-dire une difficulté à choisir une option éducative au détriment d'une autre : la peur d'une dérive sexuelle à l'intérieur des bâtiments pourrait être d'égale importance avec la peur d'une restriction trop importante dictée par l'institution.

Dans l'institution *avec concept*, l'éducateur 1 pondère : *« Moi je fais une différence, si on passe devant le maire ou si on se marie, pour moi, je vois les choses différemment quand même. Je parle de normes, sans parler de handicap mental donc. Je trouve qu'y a quand même un devoir de fidélité à respecter pour autant que le couple a mis ça en valeur ou en principe... Après pour les résidants, je dirais qu'en tant qu'éducateur, on est obligé de représenter...leur dire un peu les normes de la société. Donc, si par exemple je m'occupais des deux trisomiques qui ont passé devant le directeur et que je sais que la trisomique en question, bon qu'elle drague, je pense pas que ce soit mal, mais si je savais qu'elle allait dans la chambre d'un autre résidant pendant la nuit, je crois que je me sentirais en tant qu'éducateur, responsable du fait de devoir rediscuter avec eux... ».*

L'éducatrice 2 explique : *« Si par exemple la fille dont je vous parlais avant, amènerait plein de garçons dans sa chambre, on en parlerait en colloque, bon on parle toujours avant en colloque. Ici on est qu'une seule et même voix, ça marche beaucoup mieux comme ça. Mais oui, on s'assurerait qu'elle utilise le préservatif, et après, bon, ben on s'assurerait aussi de son comportement ailleurs, pis après j'imagine qu'on mettrait un peu un hola. Parce que dans notre société c'est mal vu ».*

Contrairement aux éducateurs 2 et 3 de l'institution *sans concept*, cette éducatrice remarque que le positionnement et le processus de décision se construisent dans les discussions d'équipe.

Les deux éducateurs se réfèrent clairement à la norme édictée par notre société. Ils se sentent les garants d'une certaine morale. Etant donné qu'un des rôles de l'éducateur est de favoriser l'intégration dans une société donnée, il est logique de

se sentir en droit d'intervenir dans une relation qui semble « immorale » et de tenter d'expliquer les normes sociales, comme la fidélité au sein du couple. Cependant, Il n'y a aucune raison d'attendre plus de fidélité en institution qu'à l'extérieur. L'éducateur se doit plutôt, comme le dit Mme Agthe Diserens, de s'assurer uniquement, qu'il n'y ait pas de souffrance engendrée par cette situation. L'éducatrice 3 illustre ce principe : *« Je dirais que moi, ma limite, elle serait que je sente un mal être chez l'une des personnes, parce qu'elle vit mal la situation, mais dans la mesure où les personnes concernées le vivent bien, je pense que j'ai une marge de tolérance assez grande ».*

10.4.13 Influence de l'éducation, des expériences et de l'appartenance socio-culturelle de l'éducateur dans la manière d'appréhender la sexualité des résidants

Tous les éducateurs entretenus pensent avoir pris du recul par rapport à l'éducation qu'ils ont reçue. S'il ne mettent pas en cause l'influence que cela peut avoir, ils déclarent tous être en accord avec leur temps et ne pas partager les valeurs conservatrices qu'ils ont unanimement reçu de leurs parents.

Par ailleurs, tous évoquent la religion comme facteur déterminant dans l'appréhension de la sexualité. Les professionnels de l'institution *sans concept* font référence à certains de leurs collègues pratiquants, qui ne désirent pas entrer en matière si la sexualité ne s'inscrit pas dans leur modèle social.

Les éducateurs hommes de l'institution *sans concept* décrivent que le genre influence également la manière d'aborder ce thème.

Ainsi, l'éducateur 2 déclare : *« Je pense qu'il y a l'effet des genres aussi. Dans le sens qu'une éducatrice va réagir différemment qu'un éducateur ».*

L'éducateur 1 observe : *« Je note, à mon avis aussi des divergences entre hommes et femmes. Elles sont assez spectaculaires disons, elles sont bien là. Les femmes ne pensent pas de la même manière à ce sujet. J'ai une collègue, elle est systématiquement entrain de favoriser la femme et de penser que la femme est abusée dans la relation...c'est quelque chose que je remarque disons...c'est vrai que j'ai plus l'impression que chez mes collègues femmes, ces histoires d'abus sont beaucoup plus vite présentes quoi ».*

10.4.14 Valeurs personnelles et professionnelles liées à la sexualité

Le respect de l'autre et de soi même, ainsi que l'intimité sont les valeurs citées par les six éducateurs.

L'éducateur 3 de l'institution *sans concept* énonce : « ...Ce serait des valeurs comme l'intimité, la fidélité, euh, ouais, pour moi c'est des choses importantes. Pour moi si on pense qu'à l'acte, je me dis ouais bon ok la personne elle a fait ça mais, qu'est-ce qu'elle en retire ? »

On constate l'importance des valeurs morales dans l'appréciation que font certains éducateurs de la sexualité des résidants. En émettant ainsi ce jugement de valeur sur les conditions de l'acte sexuel, il exclut l'existence des besoins et des pulsions sexuelles hors du type d'expression « sexe et amour ». Ce sujet est véritablement complexe et révèle parfois des paradoxes dans le discours. En effet, ce même éducateur s'exprime favorablement quant à l'assistance sexuelle, pourtant, cette dernière est dénuée de valeur sentimentale et de fidélité.

L'éducateur 1 de l'institution *avec concept* rajoute d'autres valeurs : « ...Acceptation que la sexualité qu'ils veulent vivre est différente de la sexualité de la société ou même de chaque éducateur telle qu'ils la conçoivent. Tolérance aussi, information aussi. Parce qu'ils parlent souvent de termes qu'ils ne connaissent pas quoi ».

10.4.15 Divergences d'opinions et cohésion de l'action éducative liée à la sexualité des résidants

Dans l'institution *sans concept*, il y a une cohésion dans l'action, ou plutôt dans la non-action. Les personnes interrogées sont cohérentes dans le sens où, qu'elles soient d'accord ou non avec la règle implicite « d'interdiction », elles l'appliquent tant bien que mal. L'éducateur 3 regrette : « Ouais y a des divergences, mais le problème c'est qu'on les aborde pas, y'a pas de débats ».

Dans l'institution *avec concept* les trois éducateurs déclarent tout au long des entretiens que les divergences d'opinions sont très rares. Lorsqu'il y'en a,

discussions d'équipe et colloques permettent de mettre tout le monde d'accord et de rester cohérent dans l'action.

L'éducatrice 2 raconte l'exemple d'une éducatrice qui interdisait à un résident de se masturber, malgré le fait qu'il agissait à l'abri des regards, seul dans sa chambre et à des moments adéquats. L'équipe est intervenue plusieurs fois pour demander à cette dernière d'arrêter de lui interdire quelque chose dont il avait droit mais elle a continué. Cette éducatrice a été licenciée entre autre parce qu'elle n'arrivait pas à rejoindre le préceptes institutionnels relatifs à la vie affective et sexuelle des résidents.

10.4.16 Influence du tiers-parent sur les éducateurs quant à l'accession sexuelle des résidents

Ce thème a émergé durant les entretiens. Nous avons effectivement compris que les parents étaient un tiers intervenant dans la vie sexuelle de la personne en situation de handicap, par contre nous n'avions pas réalisé l'importance de l'influence des parents sur les éducateurs.

A ce sujet, l'éducatrice 2 lance : *« il a une maman tellement protectrice qu'on pourrait jamais lui faire passer ça (l'assistance sexuelle) » !*

L'éducatrice 3 déclare « Et moi je pense que c'est le message familial qui est très important ; si les parents peuvent imaginer une sexualité libre pour leurs enfants, je pense que ça se passe nettement mieux que s'ils ne l'envisagent pas du tout. Et la plupart du temps, ils ne l'envisagent pas du tout ».

11. Limites de la recherche

Cette recherche, bien qu'exigeante en temps consacré à son élaboration et à sa rédaction, reste empirique en regard des recherches scientifiquement menées à grande échelle et à plus haut niveau.

L'échantillon des personnes interrogées est faible et ne compte pas et de loin les nombreuses équipes éducatives travaillant dans des institutions spécialisées.

Le double tabou du sexe et du handicap représente un obstacle discret mais réel, malgré l'esprit d'ouverture que nous avons rencontré. Le climat de confiance était perceptible, mais la dimension non verbale des entretiens aurait pu faire l'objet d'une analyse à elle seule pour affiner plus encore le versant délicat du thème de recherche.

Précisons que dans l'institution *sans concept*, nous connaissions les éducateurs interviewés, alors que dans l'institution *avec concept*, ils étaient inconnus. Ceci peut constituer une limite, étant donné que les gens ne se laissent peut-être pas aller dans la discussion s'ils ne connaissent pas leur interlocuteur, ou inversement, se laisseront plus aller s'il n'y a pas de lien antérieur ou postérieur à l'entretien.

Les éducateurs qui ont répondu aux entretiens étaient tous volontaires, par conséquent tous dans une démarche d'ouverture au thème de la sexualité.

Nous n'avons malheureusement pas pu entretenir des personnes récalcitrantes, résistantes ou opposées au thème de cette recherche.

A ce stade de notre réflexion, il serait intéressant d'inclure des résidants dans un processus de recherche comme celui effectué. D'autres éléments émergeraient, mais d'autres biais apparaîtraient. N'est-ce pas la singularité de toute recherche ?

Partie 6

12. Synthèse

Au long des entretiens, nous avons fait plusieurs découvertes.

La première, représente l'écart qui existe dans l'institution *sans concept*, entre les données reçues par le responsable et celles des éducateurs entendus. En effet, nous constatons que l'institution, qui donnait l'impression de n'avoir pas encore réfléchi au domaine complexe de la vie affective et sexuelle de ses résidants, semble en réalité proposer un cadre restrictif implicite. Nous avons entendu à maintes reprises, des éducateurs se trouver en porte-à-faux entre leurs valeurs et les interdictions institutionnelles.

Ceci conduit à notre deuxième hypothèse : *S'il n'y a pas de valeurs communes, les éducateurs accompagnent les résidants dans leur vie sexuelle selon des représentations relevant de leurs valeurs individuelles*. Dans cette institution, il n'y a en effet, pas de valeurs communes inscrites dans un processus de réflexion, mais les professionnels ne font pas non plus référence ouvertement à leurs valeurs individuelles. Les éducateurs semblent se laisser imposer la volonté de la direction « d'éloigner » tout ce qui peut promouvoir, encourager et soutenir une vie affective et sexuelle : chambre double et interdiction de fermer les portes, renforce la restriction d'intimité. Rapports sexuels qui se produisent dans les douches et les toilettes sont aussi des indicateurs d'une posture institutionnelle peu favorable à l'ouverture d'un débat de fond. Les manifestations sexuelles doivent se passer à l'extérieur du foyer ou en tout cas, à l'insu des professionnels. Nous constatons que ce ne sont pas les valeurs individuelles des éducateurs interviewés qui influencent l'accession à la santé sexuelle, puisque ces derniers se réfèrent systématiquement au positionnement implicite de la direction. Les valeurs récurrentes citées par les professionnels sont l'intimité et le respect de soi et des autres. Dans leurs propos, nous ne percevons pas la possibilité d'appliquer ces valeurs. La dissonance se situe entre la parole et les actes. Nous prenons conscience du pouvoir détenu ici par le tiers-éducateur dans l'intimité du résidant. Dans un climat de forte restriction, le tiers se place en gendarme de la relation. Nous pourrions estimer que la position hiérarchique intervient comme un tiers supplémentaire dans l'intimité des résidants. Nous ne savons pas si la règle

implicite qui consiste à éviter toutes situations en lien avec la sexualité relève d'un tabou non levé ou d'une volonté de ne pas compliquer l'accompagnement de la personne dans sa vie affective et sexuelle.

Certains thèmes abordés durant les entretiens avec les éducateurs de l'institution *sans concept* reflètent clairement la discordance entre les valeurs des professionnels et le positionnement implicite de l'institution. Les réponses apportées se situent sur deux niveaux :

D'abord, les éducateurs interrogés, semblent ne pas être concernés par certains thèmes abordés dans l'entretien en raison de l'interdiction institutionnelle. Ensuite, ils s'expriment à travers leur idéal et leur positionnement personnel. De ce fait, ils se sentent tous responsables de la vie affective et sexuelle des résidants, mais ne peuvent pas agir cette responsabilité. Tous pensent qu'il faut, si la situation le requiert, inscrire la sexualité dans un objectif éducatif, mais personne ne peut le faire. Ils déclarent ne pas rencontrer beaucoup de difficultés liées à des manifestations sexuelles chez les résidants, mais ils l'expliquent par le fait que les résidants n'osent pas en parler.

Malgré le fait qu'ils semblent tous être plus ou moins passifs, car ils se réfèrent à la règle implicite de l'institution, on peut tout de même constater la puissance de l'appartenance socio-culturelle sur les positionnements individuels. Ainsi, lorsque nous abordons la question de la santé sexuelle ou de la variation de positionnement selon le type d'expressions de la sexualité, nous observons que pour certains, la notion de religion et de mariage prédéfinit la façon d'appréhender la sexualité de l'autre.

Rappelons que la santé sexuelle se définit par la dimension psychologique, physique et sociale⁵⁰. En ce qui concerne l'aspect psychologique, nous pensons que les éducateurs en question peuvent difficilement évaluer le niveau de santé des résidants puisque le domaine affectif et sexuel reste un sujet tabou, renforcé par la direction. Par ailleurs, le critère « *d'Absence de perversion ou de déviance majeure ou capacité de les neutraliser* » est ressorti des entretiens. Nous constatons que la médication et l'éloignement d'un résidant déplacé dans un

⁵⁰ Voir Cadre théorique, Santé sexuelle, pp.46-48

autre foyer sont certes des moyens de limiter les dégâts sur place, mais ne les traitent pas de manière éducative. L'aspect physique comprend l'hygiène et la prévention des maladies sexuellement transmissibles. Un éducateur a fait part de son souci d'hygiène, mais la réalité institutionnelle est autre. Les relations sexuelles semblent se passer dans les douches et les toilettes, seul endroit où les résidents peuvent fermer à clef, donc disposer d'une once d'intimité. Par ailleurs, le manque de prévention n'optimise pas la protection contre les maladies sexuelles. La dimension sociale de la santé sexuelle qui consiste à un étayage relationnel, à une meilleure intégration sociale et un processus de normalisation sont tant de critères qui ne paraissent pas être favorisés par la politique institutionnelle. Il en découle que les résidents de ce foyer n'atteignent aucun de ces trois domaines.

Rappelons aussi que la mission du travailleur social⁵¹ est de privilégier l'autonomie, de favoriser l'épanouissement et de soutenir les résidents dans une démarche de développement ou de maintien des acquis, qu'ils soient d'ordre physiques, cognitifs, psychologiques, relationnels et professionnels. Malheureusement, la vie sexuelle et affective semble être un point oublié dans la mission de cette institution.

Dans la partie théorique, nous avons cité les facteurs influençant l'intervention du travailleur social⁵². Nous avons pensé que le point le plus déterminant quant à l'accession à la santé sexuelle du résident était l'arrière-plan culturel, personnel et social du travailleur social. En effet, une partie importante de nos motivations et de nos engagements en tant que travailleur social se fonde à partir de cet arrière-plan. Nous savons qu'il est essentiel de bien se connaître soi-même pour éviter de projeter ses propres besoins et problématiques sur l'utilisateur. Dans cette institution, il semble que les interrogations liées à la projection soient happées du fait de l'interdiction de l'expression de la sexualité. Nous pensons qu'en réalité, c'est le contexte organisationnel dans lequel évolue le travailleur social qui semble prépondérant. Par conséquent, le travailleur social travaille pour une organisation

⁵¹ Voir Cadre théorique, Définition du rôle de l'éducateur dans un foyer de personne adulte en situation de handicap, pp.51-51

⁵² Voir Cadre théorique, intervention en travail social, pp.48-50

lui dictant des tâches et des objectifs plus ou moins précis. En plus des objectifs « déclarés », il existe des objectifs « sous-jacents » qui sont créés par les habitudes et l'histoire de l'institution. Ces « règles de jeu » sont parfois en contradiction avec les objectifs explicites de l'organisation. Nous voyons ici qu'en ce qui concerne la sexualité et la vie affective des résidants, la mission d'intégration, d'épanouissement et d'autonomisation est en contradiction avec les règles implicites de l'institution.

Dans la partie théorique, nous nous interrogeons sur ce que faisaient les éducateurs quant aux différents types d'expressions de la sexualité des résidants⁵³. Pour nous, la réponse éthique se situait uniquement dans le fait de veiller à ce que le mode d'expression n'engendre aucune souffrance chez chaque partenaire. Mais les propos des éducateurs de l'institution *avec concept* ont apporté un autre élément important à prendre en compte. En effet, s'ils s'assurent effectivement qu'il n'y a pas de répercussions néfastes dans la relation, ils portent aussi leur responsabilité sur le fait d'inculquer les normes de notre société en matière de sexualité et d'intimité. Ceci nous ramène au concept de sexualité en tant que construit social⁵⁴. Nous l'avons vu, en occident, la sexualité est devenue un espace d'expression libre où différentes configurations sont vécues (homosexualité, relations conjugales, relations sans lendemain...). Mais notre société établit tout de même des modes de régulation et de contrôles des relations sexuelles. De ce fait, les éducateurs ont également la mission d'expliquer aux résidants ce qui est plus ou moins accepté dans notre société. Rappelons aussi que l'interdit, en matière d'éducation sexuelle, joue un rôle important car il montre *ce qui se fait et que ce qui se fait ne se fait pas n'importe comment...*⁵⁵

Notre première hypothèse est que l'accession à la santé sexuelle des résidants s'inscrit dans un projet éducatif, donc qu'il fait référence à des valeurs collectives. L'institution *avec concept* est plus précisément concernée par cette hypothèse. Cette institution a des valeurs clefs qui sont inscrites dans le concept au sujet de la sexualité. Ces valeurs rejoignent celles que nous avons reprises de la charte

⁵³ Voir Cadre théorique, La sexualité vécue en institution, pp.45-46

⁵⁴ Voir Cadre théorique, la sexualité comme construit social, pp.28-30

⁵⁵ Voir Cadre théorique, La fantasmagorie et le rôle de l'interdit, p.24

« amour et sexualité » d'une institution de Genève.⁵⁶ A ce stade de notre travail, il est intéressant de tenter la comparaison de ces lignes de conduites avec la réalité des propos des éducateurs de cette institution. Le but étant de voir s'ils se réfèrent bel et bien à ces valeurs communes plutôt qu'à leurs valeurs individuelles. « *Le respect des choix de chacun des usagers, la favorisation d'espace temps permettant à la relation d'être vécue au gré des personnes concernées, dans la limite des horaires de la communauté, la sensibilisation des usagers concernés, à la nécessité de respecter leurs partenaires, le respect des us et coutumes usuels de la société environnante concernant leur comportement en public, et le respect de la sphère de confidentialité*⁵⁷ » sont tant de notions importantes que les éducateurs semblent respecter. Si leurs valeurs individuelles colorent inévitablement la prise en charge, nous ressentons tout de même chacun de ces principes communs en filigrane de leur propos. Cependant, nous avons pu remarquer deux points qui ne semblaient pas toujours correspondre à la réalité de la pratique. En effet, « *l'absence de projection de valeurs sur les résidants et l'éducation des usagers dans le domaine des risques* »⁵⁸ sont deux notions qui ne semblent pas toujours appliquées.

Nous l'avons compris, dans cette institution, la sexualité s'inscrit dans un projet éducatif. Les éducateurs ne créent pas les besoins, mais prennent en compte la question de la sexualité si la situation du résidant le requiert.

Si les éducateurs ne connaissent pas l'existence du concept de la santé sexuelle, ce dernier est présent dans les préoccupations des professionnels qui font tout pour optimiser l'épanouissement des résidants. Selon les trois pôles qui constituent cette santé, nous constatons que les aspects psychologiques et sociaux sont pris en compte. Il demeure néanmoins quelques lacunes relatives à l'aspect physique puisqu'il semble que la prévention laisse à désirer.

L'éventuel « handicap sexuel » cité en page 47 est pris en considération de manière éthiquement satisfaisante. En effet, les éducateurs de cette institution ne

⁵⁶ Voir Les hypothèses, pp.59-61

⁵⁷ « Institution avec concept, version n°3, politique en matière de relations affectives et sexuelles des usagers adulte, 2008

⁵⁸ *ibid.*

privent pas les résidants d'une vie affective et sexuelle et ce, même si leur sexualité est altérée. Au contraire, les éducateurs se mobilisent d'une manière éducative et collaborent avec le réseau.

Une des représentations des professionnels au sujet de la sexualité des personnes en situations de handicap⁵⁹ est la crainte que si certains résidants prennent goût à une sexualité existante, d'autres veuillent les imiter. Les discours des trois éducateurs infirment la réalité de cette croyance. En effet, ils nous ont communiqué à plusieurs reprises que si la sexualité est permise au sein du foyer, beaucoup de résidants ne ressentent pas le besoin d'avoir des relations sexuelles concrètes. Il semblerait que la plupart d'entre eux pratiquent un mode de masturbation ou de partage de tendresse et d'affection. Les quelques personnes qui pratiquent des rapports sexuels complets n'influencent pas les besoins des autres résidants. À ce sujet, nous avons l'impression que, pour cette population, les stades du développement psycho-affectifs⁶⁰ semblent souvent fixés à ceux de la petite enfance et qu'à l'âge adulte l'expression sexuelle reste au stade de l'auto-érotisme, donc à la pulsion partielle. C'est à notre avis d'autant plus important de bien décrypter les réels besoins de chaque usager pour ne pas projeter notre mode de sexualité sur les résidants.

Par ailleurs, deux représentations pourraient être confirmées :

Les professionnels peuvent avoir peur des réactions des parents.

Les éducateurs nous ont tous fait part de l'importance du positionnement des parents dans la sexualité de leur « enfant » (adulte). Les professionnels sont influencés par ce positionnement. Ils sous-entendent à plusieurs reprises que cela va dépendre de l'avis des parents.

La résistance peut simplement venir de la crainte que cela complique la prise en charge.

Un éducateur nous a confié après l'entretien que la prise en compte de la vie affective et sexuelle des résidants au sein du foyer prenait beaucoup de temps. Il

⁵⁹ Voir Cadre théorique, représentations mentales en tant que professionnels, pp.44-45

⁶⁰ Voir Cadre théorique, Stades psycho-affectifs selon S. Freud, pp.19-22

semblerait que les résidants les sollicitent énormément pour tous les petits tracassés qu'une relation privilégiée peut engendrer.

La capacité de l'équipe à partager les difficultés liées aux manifestations sexuelles des résidants, ainsi que la cohésion dans l'action et le travail de réseau semblent très bien appliqués. Nous pensons que le fait d'avoir un positionnement précis dans le concept de l'institution est un facteur qui favorise grandement cela.

Nous pouvons donc confirmer l'hypothèse qui consiste à penser que l'accession à la santé sexuelle s'inscrit dans un projet éducatif et fait référence à des valeurs communes. Cependant, nous ne pouvons ni infirmer ni confirmer l'hypothèse qui stipule que s'il n'y a pas de valeurs communes inscrites dans un concept, les valeurs individuelles prévaudraient. Par conséquent, l'accession à la santé sexuelle dépendrait arbitrairement des valeurs de l'éducateur référent puisque nous avons découvert qu'un positionnement institutionnel officieux existe et représente l'élément décisif.

Notre question de recherche est :

Existe-t-il un système de valeurs préférentiel chez les éducateurs pour optimiser la santé sexuelle des personnes en situation de handicap mental ou psychique adulte ?⁶¹

Nous ne pouvons pas vraiment répondre à cette interrogation puisque le système de valeur faisant référence à des valeurs individuelles n'a pas pu être évalué. En effet, nous pensions qu'une institution qui ne possède pas de concept sur la question amène les éducateurs à faire appel à leurs propres valeurs alors que la réalité institutionnelle semble révéler un « concept » officieux. Par ailleurs, nous sommes convaincus que la référence au système de valeurs collectives, conceptualisées de manière formelle, optimise l'accession à la santé sexuelle des personnes en situation de handicap mental et psychique. Restons lucides et conscients que les valeurs personnelles colorent l'interprétation des valeurs communes définies dans le concept. Cependant, les résidants ont de meilleures chances de se voir accéder unanimement à une vie sexuelle et affective.

⁶¹ Voir question de recherche, p. 60

Quant à la question de M. Barillet-Lepley, qui consiste à se demander « *de quel autre s'agit-il, d'Alius, l'autre différent qui justifie alors toute mesure particulière prise à son égard ? Ou d'Alter, l'autre moi-même en qui je suis bien obligée de me reconnaître ?* »⁶², nous voyons qu'il y a une nette différence dans la réponse institutionnelle.

Le positionnement institutionnel de l'établissement *avec concept* se base sur *Alter* dans la prise en compte de la sexualité des personnes en situations de handicap alors que l'institution sans concept semble tendre vers un positionnement plus proche d'*Alius*. Toutefois, en regard de ce que dit la théorie⁶³, aucun des éducateurs ne se positionne correctement. La position la plus adéquate serait de ne pas choisir entre l'un ou l'autre, mais de construire la réponse éducative avec les deux statuts. Ainsi, on n'exclut pas un statut au profit de l'autre. Il est vrai que l'adulte en situation de handicap n'est pas comme les autres ; cette différence est à faire valoir comme une richesse, mais aussi comme un élément différenciateur dans la prise en compte de la vie affective et sexuelle. Nous devons à la fois tenir compte de cette différence sans transformer cette particularité en argument contre l'accession à la vie affective et sexuelle.

Nous tenons à revenir sur le processus de production du handicap selon Fougeyrollas⁶⁴. Ce dernier intègre la dimension culturelle et environnementale. Ainsi, la situation de handicap représente l'interaction entre les déficiences, les incapacités et les obstacles. Ce sont les habitudes de vie qui sont les indicateurs de la réelle situation de handicap. Dans le cadre de la sexualité du résident, nous avons l'impression que l'institution *sans concept*, en raison de sa résistance à l'accession à une vie affective et sexuelle satisfaisante pour les résidents, crée un obstacle supplémentaire qui amplifie la notion de handicap d'un point de vue relationnel. En miroir de cela, les éducateurs de l'institution *avec concept*, grâce à leurs valeurs communes et leurs implications professionnelles, jouent un rôle de facilitateurs dans ce domaine complexe qu'est la vie sexuelle.

⁶² BARTILLET-LEPLEY M., « Sexualité et handicap, le paradoxe des modèles » (2001) l'Harmattan : Paris

⁶³ Voir Cadre théorique, la personne adulte handicapée, p.40

⁶⁴ Voir Cadre théorique, processus de production du handicap selon Fougeyrollas, p.37

En ce qui concerne l'assistance sexuelle, les réponses sont tempérées. Nous n'avons pas senti une réelle volonté de faire avancer le sujet, ni une opposition ferme. L'assistance sexuelle est envisagée comme une réponse intéressante dans des cas particuliers, mais semble constituer un obstacle pour l'environnement proche. Elle aurait tout de même l'avantage d'éviter le rejet stigmatisant d'une personne déficiente mentale ou psychique. L'assimilation au sexe tarifé entrave son développement en Suisse romande, malgré la volonté de certains à la faire reconnaître. Son statut est déjà reconnu dans les pays comme la Hollande, le Danemark, l'Allemagne ou encore en Suisse Alémanique.

13. Conclusion

Le « nous » scientifique a donné un ton particulier à ce travail de recherche.

Pour conclure, je choisis la première personne du singulier afin de rassembler ce qui m'appartient et ce à quoi je tiens.

Le thème, mes lectures, mes doutes, l'écoulement du temps, les gens, leur expression, la réflexion, la méthodologie, le poids des mots, la construction des phrases, la structuration de la pensée, mes tâtonnements m'ont permis de faire des découvertes.

J'ai réalisé l'impact que pouvait avoir la politique institutionnelle sur le travail quotidien des éducateurs.

Le concept de santé sexuelle m'a apporté un éclairage plus rationnel dans le contexte qui nous concerne.

Le processus de construction du handicap selon Fougeyrollas m'a fait comprendre que notre façon d'envisager la dimension affective et sexuelle des bénéficiaires, pouvait soit constituer un obstacle supplémentaire et amplifier la notion de handicap ou au contraire, exercer un rôle facilitateur dans ce domaine.

J'ai été interpellée par la notion de double statut de la personne adulte en situation de handicap. Je crois fort à l'importance de composer une réponse éducative qui prenne en compte les deux statuts afin de mieux respecter l'approche globale de la personne.

Je constate avoir sous-estimé l'influence des parents dans la vie affective et sexuelle des personnes adultes en situation de handicap.

J'ai réalisé que si l'on tient compte de notre mission professionnelle d'intégration, d'épanouissement et de socialisation, nous ne pouvons plus faire l'impasse de la dimension affective et sexuelle.

J'ai réalisé qu'il existait parfois un décalage entre ce que j'imaginai des désirs et des besoins des résidents et leur réalité. Si le processus de sexualisation est le même chez chacun, j'ai constaté que souvent, les personnes adultes en situation de handicap restaient à un stade d'auto-érotisme, qui ne correspond pas aux besoins sexuels d'une personne de leur âge.

Ici commence la prise de conscience des risques de projection de l'éducateur, s'il n'y a pas d'apports de connaissances spécifiques.

L'importance de notre rôle de tiers dans l'intimité des résidents relève de notre responsabilité, mais constitue aussi un pouvoir dont il ne faut pas abuser.

Grâce à ce travail, je suis plus que jamais convaincue de l'élan vital que représentent l'affectivité, l'amour et la sexualité.

Forte de ces constats, je me sens en mesure de mettre quelques pistes d'action en perspectives.

À mon niveau, je peux être proactive dans la construction d'un projet de vie avec le résident, en intégrant sa dimension affective et sexuelle. Dans cette optique, je pense qu'il est nécessaire d'entretenir une réflexion et un dialogue constant avec la famille, l'institution et la personne en situation de handicap.

Il est judicieux d'entreprendre une éducation sexuelle adéquate, si possible, depuis le plus jeune âge afin que la personne en situation de handicap mental et ou psychique ait les moyens de participer activement à la construction de son projet de vie sexuelle et affective.

La formation interne peut fournir des outils de prévention aux éducateurs.

Le respect de l'intimité quel que soit le contexte institutionnel est primordial. Le premier pas vers ce respect se trouve déjà dans les soins. Respecter la nudité de l'autre comme un trésor à préserver et mettre des mots sur les soins quel que soit le niveau de la déficience mentale, représente le point de départ de

l'apprentissage de cette intimité. À cela, s'ajoute l'importance d'aménager des lieux qui préservent la sphère privée.

Je pense aussi qu'il vaut la peine de conserver un esprit d'ouverture et de curiosité professionnelle pour éviter de sombrer dans des habitudes institutionnelles qui ne seraient plus porteuses de sens. J'aimerais me considérer toujours comme une professionnelle en croissance, apte à me remettre en question et intéressée à trouver des pistes d'action éducatives pertinentes et évolutives appropriées à chaque résidant.

Après avoir orienté cette étude du côté des éducateurs, il serait intéressant de se tourner vers les résidants, pour cerner de plus près leurs aspirations et leurs demandes d'accompagnement dans leur vie affective.

En conclusion, cette recherche m'a donné l'occasion d'approfondir un sujet qui me tient à cœur.

La construction de ce travail de diplôme n'a pas été évidente pour moi. Je suis passée par des phases de doute et de découragement. J'ai particulièrement apprécié la partie pratique. Le fait de mener des entretiens m'a permis de redonner du sens à ce travail en m'éloignant un instant de la théorie, pour y revenir par la suite.

Aujourd'hui, je pense que mes hypothèses manquent de finesse. Je les reconsidérerais de manière plus nuancée, car notre pratique professionnelle n'est pas noire ou blanche, mais représente tous les camaïeux de gris...

Mes observations tout au long des entretiens rejoignent M. Godelier à propos du tabou du sexe (p.24).

Comme la religion d'ailleurs, la sexualité restera toujours un sujet controversé et émotionnel qui n'appelle pas de consensus social, malgré sa dimension universelle. Il est bon de s'en souvenir pour désamorcer les tensions inhérentes aux questions sexuelles, qu'elles soient entre groupes ou entre individus. Nous ne sommes pas obligés de nous mettre d'accord sur tout, mais le contrôle social garde sa valeur.

« J'aimerais pouvoir
m'exprimer avec mes
sens, les mots sont
parfois très
handicapants »

Björk

Partie 7

14. Bibliographie

14.1 Livres

AGTHE DISERENS C., VATRE F., « Accompagnement érotique et handicap »
(2006) Chronique sociale : Lyon

BARILLET-LEPLEY M., « Sexualité et handicap : le paradoxe des modèles »
(2001) L'Harmattan : Paris

BIDEAUD J., HOUDE O., PEDINIELLI J.L., « L'homme en développement »,
(2004) puf : Paris

BOZON M., « Sociologie de la sexualité » (1995) Armand colin : Barcelone

DEROF M.-L., « Homme / femme : la part de la sexualité » (2007) Presses
universitaires de Rennes : Rennes

MASLOW A., « Vers une psychologie de l'être » (1972) Fayard : Paris

OGIEN R., BILLIER J.-C., « Comprendre la sexualité » (2005) puf : Paris

POROT A., « Manuel alphabétique de psychiatrie » (1996) puf : Paris

QUIVY R., VAN CAMPENHOUDT L., « Manuel de recherche en Sciences
sociales » (2006) Dunod : Paris

REY A., « Le Robert, Dictionnaire historique de la langue française » (1995) : Paris

VAGINAY D., « Comprendre la sexualité de la personne handicapée mentale »
(2006) Chronique sociale : Lyon

14.2 Article de périodique

GODELIER M., « Sexualité et société » (1997) Hors série Sciences et avenir

MISEREZ V., « Troubles psychiques et sexualité » (mai 2005) Diagonales, n°30

URFER-BUFFAT J., « La sexualité en institution psychiatrique » (1991) Méd. Et Hyg., n°49

14.3 Sites Internet

<http://www.associationdessexologues.com>

<http://www.bnfs.ch>

<http://www.doctissimo.fr>

<http://www.freud-lacan.com>

<http://www.id.erudit.org>

<http://www.psychologie.com>

<http://www.ripph.qc>

<http://www.wikipédia.org>

14.4 Film

GAZITUA, A., El rey de San Gregorio, Chili, 2006

(Page de titre : AMARDEIL C. Photo prise pour Philosophie Magasine. (2008))

Partie 7

15. Annexe 1

Concept, dimensions et indicateurs

Ce qui nous intéresse ici, est la mise en écho entre les valeurs des éducateurs et la santé sexuelle. Si cette dernière est un concept visant à définir ce qui relève d'une sexualité acceptable donc recevable, la manière de répondre soit à un dysfonctionnement dans un ou plusieurs items de ce concept, soit à l'accession même de cette forme de santé va dépendre, selon nous, du système de valeurs activé par les professionnels.

Ci-dessous, un tableau non exhaustif énumérant les dimensions et les indicateurs du concept des *valeurs individuelles et collectives* des éducateurs ainsi que celui de *la santé sexuelle* :

- **Concept des valeurs individuelles des éducateurs :**

Dimensions :

Expériences personnelles

Appartenance religieuse

Appartenance culturelle

Éducation reçue

Indicateurs :

Associées à la crainte

Associées aux plaisirs

Associées à la culpabilité

Athée

Catholique

Musulmane

Protestante

traditionnelle, conservatrice

Progressiste

libérée

Tabou

- **Concept des valeurs collectives des éducateurs**

Dimensions :

Indicateurs :

Les dimensions du concept 1

+

Appartenance institutionnelle

Charte

Règlement

Projet éducatif commun

Cohérence du discours et des actes

Éthique professionnelle

Engagement commun dans le respect du résident

Intégration à la vie communautaire du groupe

Contribution commune à la valorisation du résident

Respect de la sphère d'intimité du résident

Responsabilité

- **Concept de santé sexuelle**

Dimensions :

Indicateurs :

Psychologique

Capacité à désirer, imaginer, jouir

Capacité d'érotiser une personne humaine adulte consentante

Polyvalence des modes de désir, d'excitation et de jouissance

Harmonisation des fantasmes et de la réalité

	<p>Légèreté sexuelle, non-addiction, non-dramatisation</p> <p>Absence de perversion majeure ou capacité de les neutraliser</p> <p>Absence de déviations majeures ou capacité de les neutraliser</p>
Physique	<p>maladie sexuellement transmissible</p> <p>Contraception</p>
Sociale	<p>investissement relationnel</p> <p>Intégration sociale</p> <p>Normalisation</p>

16. Annexe 2

Hypothèses	Questions	Questions de relance	Indicateurs
L'accèsion à la santé sexuelle s'inscrit dans un projet éducatif qui fait référence à des valeurs communes	<p>Existe-t-il un chapitre sur la sexualité dans le concept ou le règlement de l'institution ?</p> <p>Pensez-vous avoir une responsabilité professionnelle à l'égard de la sexualité des résidents</p> <p>Pensez-vous que la dimension sexuelle du résident peut être inscrite dans un projet éducatif ?</p> <p>Quelles sont les difficultés que vous rencontrez lorsque vous êtes confronté à des manifestations sexuelles des résidents ?</p> <p>Pensez-vous jouer un rôle dans l'intimité des résidents ? Si oui, lequel ? Si non, pourquoi ?</p> <p>Comment vous positionnez-vous face au double statut : « adulte-handicapé » en lien avec leur sexualité ?</p> <p>Comment réagissez-vous lorsque vous être confronté à une expression déviante ou inadéquate de la sexualité d'un résident ?</p>	<p>A-t-il été rédigée de façon concertée ? Que stipule-t-il ? En toute circonstance ou dans des contextes particuliers ?</p> <p>Est-ce le cas dans cette institution ?</p> <p>Pouvez-vous les partager ou vous sentez vous seul face à cela ?</p> <p>Ont-ils un espace qui leur permet de vivre une certaine intimité ?</p> <p>Est-ce qu'un statut prend le pas sur l'autre ?</p> <p>Est-ce qu'il y a parfois une médicalisation du résident pour calmer les pulsions sexuelles ?</p>	<p>- Charte, règlement...</p> <p>- Discussion d'équipe</p> <p>- Responsabilité</p> <p>- Projet éducatif</p> <p>- Difficulté du professionnel</p> <p>- intimité</p> <p>- gestion du double statut</p> <p>- gestion de la déviance</p> <p>- médicalisation</p>

	<p>Y'a-t-il concertation ou accord entre les différents partenaire gravitant autour du résidant en ce qui concerne l'accession ou non à une vie sexuelle ?</p> <p>Quelle serait votre définition de la santé sexuelle ? Pensez-vous que vos résidant remplissent vos critères ?</p> <p>Pensez-vous que votre positionnement face à la sexualité de vos résidants doit varier selon le type d'expression de cette sexualité ? (sexe+amour, sans amour, masturbation...)</p>	<p>Vous arrive-t-il de faire appel à un intervenant extérieur ?</p> <p>Les résidants bénéficient-ils d'informations et d'éducation sexuelle ?</p> <p>Avez-vous recours au sexe tarifé ou à l'assistance sexuelle ?</p> <p>Si oui, pourquoi, si non, pourquoi ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Travail en réseau - Formation interne - Santé sexuelle - Education et information sexuelle - Sexe tarifé - Positionnement moral sur l'expression de la sexualité
--	--	--	---

<p>S'il n'y a pas de valeurs communes énoncées, les éducateurs accompagnent résidants dans leur vies sexuelle selon leurs propres représentations en se référant à des valeurs individuelles.</p>	<p>Appliquez-vous les principes éducatifs que vous avez vous-même reçu lorsqu'il s'agit de la sexualité des résidants ? Si oui, les quels ?</p> <p>Y'a-t-il des divergences d'opinion et de manière d'appréhender la sexualité des résidants au sein de l'institution ?</p> <p>Observez-vous des postures différentes selon l'appartenance socio-culturelle de vos collègues ?</p>	<p>Selon quelles valeurs appréhendez-vous la sexualité du résidant ?</p> <p>Les transposez-vous dans votre propre sphère d'intimité ?</p> <p>Si oui, qu'en faites-vous ?</p> <p>Si non, pourquoi selon vous ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Valeurs - Education personnelle - Cohérence dans les actions - Appartenance socio-culturelle
---	--	---	---

17. Annexe 3

Formulaire de consentement libre et éclairé
--

Thème du mémoire

**L'accession à la santé sexuelle des personnes
en situation de handicap.**

Par ce document, Géraldine Maquelin s'engage à **respecter** tout au long de son travail de mémoire et plus précisément, lors des entretiens avec les éducateurs, **la confidentialité requise**. De plus, elle garantit **l'exactitude de la retranscription** des données ainsi que **la protection de la personnalité** aussi bien pour les éducateurs que pour les résidents.

Par ce document, l'éducateur qui répond à l'entretien affirme avoir **compris la démarche** dans laquelle s'inscrit cet entretien et **choisit** d'y répondre **librement**.

Signature de l'étudiante :

Signature de l'éducateur :

Date :